

Jutta Kivimäki & Emilia Piirto

# **Hoitohenkilökunnan kokema väkivalta mielenterveys- ja vanhustyön yksiköissä**

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja AMK

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö

Tekijä: Jutta Kivimäki & Emilia Piirto

Työn nimi: Hoitohenkilökunnan kokema väkivalta mielenterveys- ja vanhustyön yksiköissä

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, lehtori ja Kirsi Kivistö-Rahnasto, TtM, lehtori

Vuosi: 2018 Sivumäärä: 63 Liitteiden lukumäärä: 2

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa pk-yritysten henkilökunnan kokemasta väkivallasta heidän työturvallisuutensa edistämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveys- ja vanhustyön pk-yritysten henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista. Opinnäytetyö tehtiin osana EU-tason hanketta, jonka tarkoituksena oli tuottaa taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville pk-yrityksille simulaation keinoin.

Opinnäytetyö toteutettiin pääsääntöisesti määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jota täydennettiin laadullisin menetelmin. Aineisto kerättiin paperisilla kyselylomakkeilla pk-yritysten henkilökunnalta. Kyselylomakkeet sisälsivät Likert-tyyppisiä kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kysymyksillä kartoitettiin hoitajien kokemaa fyysistä, henkistä sekä seksuaalista väkivaltaa niin asiakkaiden kuin muun henkilökunnankin taholta. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka usein ja millaista väkivaltaa hoitohenkilökunta kohtaa työssään sekä väkivallan seurauksia hoitajille.

Tutkimuksessa oli mukana yhteensä kuusi Etelä-Pohjanmaalla sijaitsevaa pk-yritystä. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 46% (n=51). Kyselylomakkeiden vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen. Tulokset osoittivat, että fyysistä ja henkistä väkivaltaa esiintyi runsaasti kyseisissä pk-yrityksissä. Fyysinen väkivalta koettiin haitallisimmaksi väkivallan muodoksi. Henkistä väkivaltaa oli moni kokenut muun henkilökunnan taholta, sillä heitä oli 34% vastanneista. Seksuaalista väkivaltaa esiintyi vähiten, mutta se oli vastaajista 18%:n mielestä haitallisin väkivallan muoto. Työntekijät uskalsivat ottaa väkivaltatilanteet puheeksi työyhteisössä, mikä onkin tärkeää työturvallisuuden edistämiseksi, mutta vain 4% vastaajista koki saaneensa tarpeeksi koulutusta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.

Avainsanat: väkivalta, hoitotyö, työturvallisuus, työhyvinvointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Registered Nurse

Author/s: Jutta Kivimäki & Emilia Piirto

Title of thesis: The violence experienced by nursing staff in different mental health and eldercare departments

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Senior Lecturer and Kirsi Kivistö-Rahnasto, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2018      Number of pages: 63      Number of appendices: 2

---

The aim of this thesis was to provide information for small and medium -sized enterprises (SME) about the violence experienced by the nursing staff in order to improve their safety at work. The purpose of this thesis was to describe the violent situations experienced by the staff at the mental health and eldercare SMEs. The thesis was made as a part of an EU level project. The purpose of the project was to provide skills with the help of simulation for the SMEs providing welfare services.

The thesis procedure was mainly quantitative. Qualitative methods were used to complete the quantitative material. The material was collected with questionnaires from the staff of the SMEs. The questionnaires included Likert questions and open questions. The questions were used to survey the physical, mental and sexual violence experienced by the staff from the clients and other members of staff. The study examined how often and what kind of violence the nursing staff faces in their job and the consequences of violence for them.

Six SMEs from South Ostrobothnia were included in the study. The response rate was 46% (n=51). The answers of the questionnaires were analysed using the SPSS program. The results showed that the staff of the SMEs experienced a lot of physical and mental violence. Physical violence was seen as the most harmful type of violence. Much of the staff (34%) had experienced mental violence from other members of staff. Sexual violence was the least prevalent, but 18% of the respondents found it the most harmful type of violence. The staff were able to talk about the violence at work, but only 4% of the respondents felt like they had received enough training for encountering violent clients.

Keywords: violence, nursing, occupational safety, wellbeing at work

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 VÄKIVALLAN ILMENEMINEN HOITOTYÖSSÄ .....	9
2.1 Väkivallan eri muodot .....	10
2.2 Väkivallan vaikutukset asiakastyöhön .....	12
2.3 Väkivallan vaikutukset työturvallisuuteen .....	14
3 VÄKIVALLAN ERITYISPIIRTEET VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ .....	16
4 VÄKIVALLAN ERITYISPIIRTEET MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖSSÄ .....	19
5 TYÖHYVINVOINTI .....	21
5.1 Väkivallan vaikutus työhyvinvointiin .....	22
5.2 Työhyvinvoinnin kehittämis ehdotukset .....	23
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	24
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	25
7.1 Tiedonhaku .....	25
7.2 Aineiston keruu .....	27
7.3 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen .....	28
7.4 Aineiston analyysi .....	30
8 TULOKSET JA TUOTOKSEN KUVAUS .....	32
8.1 Vastaajien taustatiedot .....	32
8.2 Määrällisen aineiston tulokset .....	33
8.2.1 Kokemukset fyysisestä väkivallasta .....	33
8.2.2 Kokemukset henkisestä väkivallasta .....	35
8.2.3 Kokemukset seksuaalisesta väkivallasta .....	36
8.2.4 Kokemukset väkivallan vaikutuksesta työolosuhteisiin .....	37
8.3 Laadullisen aineiston tulokset .....	43

8.3.1 Työntekijöiden eniten kokema väkivalta.....	44
8.3.2 Haitallisimmaksi koettu väkivallan tyyppi .....	44
8.3.3 Väkivallan vaikutus henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin .....	45
<b>9 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA .....</b>	<b>46</b>
9.1 Tutkimustulokset fyysisestä väkivallasta .....	46
9.2 Tutkimustulokset henkisestä väkivallasta .....	47
9.3 Tutkimustulokset seksuaalisesta väkivallasta .....	49
9.4 Tutkimustulokset väkivallan vaikutuksesta työolosuhteisiin .....	50
<b>10 POHDINTA.....</b>	<b>53</b>
10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	53
10.2 Oma oppimisprosessi .....	56
10.3 Jatkotutkimushaasteita ja kehittämis ehdotuksia .....	57
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>59</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>64</b>

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Tiedonhaku ja lähteiden valintaperusteet.....	27
Kuvio 2. Vastaajien työkokemus vuosina omissa työyksiköissään.....	33
Kuvio 3. Vastaajien kokema fyysisen väkivallan uhka.....	34
Kuvio 4. Vastaajien kokemus fyysisellä väkivallalla uhkailusta.....	35
Kuvio 5. Vastaajien kokemukset asiakkaiden seksuaalisista puheista ja ehdotteluista.....	37
Kuvio 6. Väkivallan vaikutus työskentelyn tehokkuuteen.....	38
Kuvio 7. Vastaajien kokemus asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään vaikuttamisesta.....	40
Kuvio 8. Vastaajien kokemus esimiehen järjestämistä työolosuhteista väkivaltaisuuden ehkäisemiseksi.....	41
Kuvio 9. Vastaajien kokemus koulutuksen riittävydestä väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.....	42
Kuvio 10. Väkivaltaa rajoittavien toimenpiteiden käyttäminen verrattuna vastaajien työkokemukseen kyseisessä yksikössä.....	43

## 1 JOHDANTO

Terveysalalla työ on hyvin vaativaa, niin fyysisesti kuin henkisesti. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt viime vuosina Suomessa (Tiihonen ym. 2009, 4). Casey (2017, 148) mukaan Jiao ym. (2015) kertovat, että sairaaloissa esiintyvä väkivalta lisääntyy maailman ympäri. Työntekijöiden hyvinvointi on tärkeää. Hoitajia tarvitaan paljon erilaisiin työtehtäviin. On siis aiheellista panostaa heidän työhyvinvointiinsa ja tukea heidän jaksamistaan.

Kun hoitohenkilökunnan väkivaltakokemukset nostetaan paremmin esille, voidaan tarvittaessa auttaa siitä kärsiviä ihmisiä saamaan apua. Kun hoitohenkilökunnan jaksaminen paranee, hoidon laatu ja hoitopalveluiden tarjoaminen pysyvät laadukkaina. Samalla muistutetaan myös siitä, että hoitoalalla työskentelevät ovat vain ihmisiä, joten he eivät kestä mitä tahansa kohtelua. Heilläkin on omat voimavaransa ja jaksamisensa ihan niin kuin kenellä tahansa muullakin. Aiheen tutkimisen myötä pystyttäisiin kouluttamaan hoitohenkilökuntaa suhtautumaan ja toimimaan väkivaltatilanteissa oikealla tavalla. Jos väkivaltaa onnistutaan vähentämään, on hoitotyössä työskenteleminen mieltäsiä hoitajille.

Tehtyjen tiedonhakujen perusteella opinnäytetyön aihe kaipaa lisää ajantasaista suomalaista tutkimustietoa. Osa lähteistä on yli kymmenen vuotta vanhoja. Väkivallan esiintyvyydestä ei ole varsinaista tilastotietoa. Sosiaali- ja terveysalalla väkivalta on hyvin yleistä, joten aihe on aina ajankohtainen (Manka 2014). Väkivaltaa esiintyy eri maissa paljon, varsinkin naisvaltaisilla aloilla (Sandelin 2007, 20). Hoitotyössä ilmenevän väkivallan tutkiminen on tärkeää myös siksi, että tulevaisuudessa osataan kehittää keinoja väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi ja niiden vähentämiseksi. Tällöin pystytään parantamaan myös asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemuksia saadusta hoidosta. (Lantta 2016, 70.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa on kohta, jossa painotetaan työikäisten työelämän olosuhteiden sekä työ- ja toimintakyvyn kehittymistä. Näiden kehittymisellä tähdätään siihen, että työelämässä jaksaminen pidempään mahdollistuisi ja työstä luovuttaisiin myöhemmin. (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma 2001, 3.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisema hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2014-2018 määrittelee yhdeksi tavoitteekseen sen, miten inhimillisten voimavarojen johtamisen tulee olla osallistavaa ja sen on myös perustuttava ajankohtaiseen tietoon toiminnasta sekä työympäristöstä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 22.9.2017, 7). Tällöin hoitohenkilökuntaan kohdistuvan väkivallan määrän ja laadun selvittäminen on tärkeää, jotta oikeanlaisia hyvinvointia edistäviä toimia osattaisiin suunnitella. Yhdeksi toimenpiteeksi henkilöstön työnteon parantamiseksi on lueteltu se, miten työhyvinvointia ja työssä jaksamista tulee tukea erilaisin toimenpitein (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 22.9.2017, 7).

Opinnäytetyö on osa hanketta, jolla pyritään tuomaan taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville pk-yrityksille simulaation keinoin. Tämä on Euroopan aluekehitysrahaston hanke. Hankkeen tarkoituksena on kehittää pk-yritysten työntekijöiden osaamista heidän tarpeidensa pohjalta, ja täten myös lisätä yritysten kilpailukykyä ja houkuttelevuutta markkinoilla. Tarkoitus on saada pysyviä muutoksia aikaan. Tärkeinä tavoitteina ovat myös työ- sekä asiakasturvallisuuden lisääminen. (EU:n rakennerahastojen hallintajärjestelmä 2014.) On tarpeellista kehittää yksiköiden toimivuutta, jotta ne ovat tarpeeksi toimivia pystyäkseen muuttamaan toimintaansa Sote-uudistuksen vaatimilla tavoilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa pk-yritysten henkilökunnan kokemasta väkivallasta heidän työturvallisuutensa edistämiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveystyön ja vanhustyön pk-yritysten henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista.



## 2 VÄKIVALLAN ILMENEMINEN HOITOTYÖSSÄ

Väkivalta on jonkun henkilön koskemattomuutta, etuja tai oikeuksia loukkaava tai jotakuta vahingoittavaa voimakeinojen käyttöä (Kielitoimiston sanakirja 2017). Väkivallan yleisimpiä muotoja ovat fyysinen, henkinen ja seksuaalinen väkivalta. Väkivallalla on aktiivisia sekä passiivisia muotoja, joiden toteuttajana voivat olla niin yksittäiset ihmiset, ryhmät kuin yhteiskuntarakenteetkin (Väkivallan muodot ja rikoslaki 2016). Passiivinen väkivalta voi olla esimerkiksi huomiotta jättämistä (Perheväkivalta, [viitattu 29.3.2018]).

Terveysalaa ohjaavat yhteisesti sovitut eettiset periaatteet, joiden tärkeä ydin on ihmisarvon kunnioittaminen (Hakojärvi, Salminen & Suhonen 2011, 163). Väkivaltaiseksi leimaaminen ei kevyin perustein tule olla mahdollista, sillä tällaisella leimalla on epäsuotuisat seuraukset kyseiselle henkilölle. Väkivaltariskin arviointimittareita on jonkin verran, mutta ne eivät ole aukottomia. Jos riski vaaralliseen käyttäytymiseen jää huomaamatta, voivat seuraukset olla vakavat. (Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen 2007, 2375.) Usein väkivaltaa ilmenee asiakkaan taholta, jos hänen itsemääräämisoikeuttaan rajataan (Pitkänen, Laijärvi & Välimäki 2005, 240).

Hoitohenkilökunta tarkoittaa hoitotyön ammattilaisia, jotka hoitavat potilaita tai asiakkaita järjestelmällisessä yksikössä (MeSH-sanakirja 2017). Tässä opinnäytetyössä keskitytään pk- sekä mikroyritysten henkilökuntaan. Pk-yritys on käsite, jota käytetään pienistä (alle 50 työntekijän) sekä keskisuurista (alle 250 työntekijän) yrityksistä (Kielitoimiston sanakirja 2017). Nimitystä mikroyritys käytetään yrityksistä, joiden työntekijämäärä ei ylitä kymmentä henkilöä (Tilastokeskus 2009). Opinnäytetyöhön liittyvään hankkeeseen ei siis osallistu suuryrityksiä, vaan pieniä ja keskisuuria hoitotyön yksiköitä. Näistä yksiköistä valitaan tähän opinnäytetyöhön mielen-terveyden hoitotyön ja vanhusten hoitotyön yksiköitä.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää yksiköissä väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisen ja hoitamisen toimintamallien kehittämisessä. Ne tuovat toivottavasti tietoa hyödynnettäväksi henkilökunnan perehdyttämiseen. Kyseiset tiedot antavat mahdollisesti aihetta väkivallan hallintaan liittyviin koulutuksiin. Ennaltaehkäisy ja tunnistaminen ovat tärkeässä osassa työyksiköiden toiminnan kehittämistä (Tiisonen ym. 2009, 4—5).

## 2.1 Väkivallan eri muodot

Fyysisyys tarkoittaa määriteltynä ruumiillista (Kielitoimiston sanakirja 2017). Fyysinen väkivalta tarkoittaa tällöin ihmisen ruumiiseen kohdistuvaa väkivaltaa. Sen tarkoituksena on aiheuttaa vahinkoa toisen ihmisen ruumiille käyttäen siihen ruumiillisia keinoja. Se voi olla esimerkiksi lyömistä, estämistä, kuristamista, esineellä vahingoittamista tai repimistä. Fyysisellä väkivallalla voi olla mitä moninaisempia ilmenemismuotoja. Minkäänlainen fyysinen väkivalta ei ole sallittua. Se voi aiheuttaa niin ruumiillisia kuin henkisiäkin haittoja uhrille. Ruumiillisten haittojen puuttuessa uhrin voi oireilla tapahtuneen jälkeen kehollaan esimerkiksi hikoilulla sekä vatsakivuilla. (Fyysinen väkivalta, [viitattu 29.3.2018].) Väkivalta altistaa selkeiden fyysisten vaurioiden lisäksi myös mielenterveysongelmille, käytöshäiriöille, lapsettomuudelle sekä kroonisille sairauksille (World Health Organization 2014, 15).

Henkisyys on määriteltynä älyllistä, sielullista ja psyykkistä (Kielitoimiston sanakirja 2017). Tällöin henkinen eli psyykinen väkivalta on ihmisen sielulliseen, älylliseen tai psyykkiseen olemukseen kohdistuvaa väkivaltaa. Sen tarkoitus on aiheuttaa ihmiselle psyykkistä haittaa. Henkisen väkivallan määrittelyyn vaikuttaa paljon se, kuinka kohteeksi joutunut sen itse kokee. Se voi olla sanallista tai sanatonta. Se voi olla pakkomielteistä, pahantahtoista, ilkeää, irrationaalista sekä hellittämätöntä pahoinpitelyä toista ihmistä kohtaan. Sillä pystytään vaientamaan uhri ja määrittelemään hänen realiteettinsa uudelleen. Henkinen väkivalta ei ole aina ennustettavaa tai suoraa ja sitä voi olla vaikea todistaa muille. (Sandelin 2007, 23—25.) Opinnäytetyössä huomioidaan asiakkaiden ja kollegojen toteuttama henkinen väkivalta.

Henkinen väkivalta voi olla sekä aktiivista että passiivista. Aktiivinen henkinen väkivalta on esimerkiksi jatkuvasti toistuvaa haukkumista ja nöyryyttämistä. Passiivinen henkinen väkivalta voi vastaavasti olla huomiotta jättämistä. (Väkivallan muodot ja rikoslaki 18.2.2016.) Slovenialaisessa tutkimuksessa havaittiin, että sanallinen väkivalta on yleisin väkivallan muoto hoitohenkilökuntaa kohtaan. Suurimman osan sanallisesta väkivallasta toteuttavat kuitenkin työyhteisön kollegat asiakkaiden sijaan. Seuraavaksi yleisintä väkivaltaa on fyysinen väkivalta, johon sisältyy tutkimuksessa myös seksuaalinen väkivalta. (Kvas & Seljak 2015, 179.)

Henkinen väkivalta voi olla myös toisten työntekijöiden harjoittamaa työpaikkakiusaamista. Tällaisen käytöksen tulee olla toistuvaa, jotta sitä voidaan kutsua työpaikkakiusaamiseksi. Tällaista käyttäytymistä voi olla esimerkiksi eristäminen, vähättely, juoruilu tai jopa uhkailu. Kiusaamistilanteessa kiusatun on vaikea puolustautua. Kiusaaminen on valitettavan yleistä eikä se riipu siitä, missä asemassa kiusaaja tai kiusattu on. Työpaikkakiusaaminen voi työkavereiden lisäksi kohdistua työharjoittelussa oleviin opiskelijoihin ja jopa asiakkaisiin (Hakojärvi ym. 2011, 168). Opiskelijoihin kohdistuva kiusaaminen on usein henkistä. Se voi ilmetä esimerkiksi suoranaisena huutamisena, nöyryyttämisenä tai selän takana puhumisena. (Hakojärvi ym. 2011, 168.)

Jopa 5—10% työntekijöistä joutuu olemaan kiusaamisen kohteena työpaikoillaan. On sanomattakin selvää, että työpaikkakiusaaminen aiheuttaa paljon negatiivisia seurauksia kiusatulle, mutta se aiheuttaa niitä myös työpaikan ilmapiirille. Kiusaamisen vaikutukset voivat näkyä seuraavassakin työpaikassa, vaikka siellä kiusaamista ei ilmaantuisikaan. Yleisimmät kiusaamisesta johtuvat vakavat ongelmat ovat univaikeudet, työkyvyttömyys, mielenterveysongelmat sekä niiden myötä psyykelääkkeiden käytön lisääntyminen. Työpaikkakiusaaminen on kaiken lisäksi laitonta työturvallisuuslain nojalla. (Lallukka, Rahkonen & Lahelma 2013, 1634—1635.) On tutkittu, että kaksi vuotta jatkunut työpaikkakiusaamisen kohteena oleminen nelinkertaistaa riskiä sairastua masennukseen (Sinokki 2010, 1806).

Seksuaalinen teko määritellään Suomen rikoslaissa tekona, joka on seksuaalisesti oleellinen tekijälle, henkilölle tai teko-olosuhteet huomioon ottaen (L 19.12.1889/39, 20 luku, 10 §). Jos siis jonkin henkilön teoissa tai puheissa on selvä seksuaalinen sävy, ne voidaan lukea seksuaalisiksi teoiksi. Hoitohenkilökunnan kokema seksuaalinen väkivalta rajoittuu yleensä seksuaalisten puheiden ja fyysisen kontaktin tasolle. Seksuaalinen väkivalta saattaa kuitenkin pahimmillaan yltää jopa raiskauksen tasolle. (Nguluwe, Havenga & Sengane 2014, 67.) Seksuaalista väkivaltaa voivat olla ahdistelu sekä koskettelu, mikä usein kohdistuu naisiin. Seksuaalinen väkivalta loukkaa varsin syvästi uhrin itsemääräämisoikeutta ja on täten erityisen haavoittavaa. Tämän tyyppisen väkivallan seuraukset ovat yleensä hyvin pitkäaikaiset. Uhrille voi henkisten traumojen lisäksi tulla fyysisiä vammoja. Seksuaalinen väkivalta voi aiheuttaa uhrilleen häpeän ja syyllisyyden tunteita. (Seksuaalinen väkivalta

2017.) Henkilökohtainen koskemattomuus kuuluu ihmisen perusoikeuksiin. Tähän sisältyy seksuaalinen itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa oikeutta päättää omasta seksuaalisuudestaan ja kehostaan. (Väestöliitto, [viitattu 29.3.2018].)

Aggressiivisuus tarkoittaa suomeksi määriteltynä hyökkäävyyttä ja vihamielisyyttä. Positiivisempia merkityksiä ovat myös määrätietoisuus ja tehokkuus, mutta nämä määritelmät eivät ole oleellisia tämän opinnäytetyön aiheen kannalta. (Kielitoimiston sanakirja 2017). Aggressiivisuus voi olla sanallista tai fyysistä. Sanallisena se voi ilmetä esimerkiksi uhkailuna, nolaamisena tai nimittelynä. Fyysisesti aggressiivisuus voi ilmetä uhkaavana tai jopa väkivaltaisena käytöksenä. Se liittyy moniin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. (Taipale & Välimäki 2002, 169.)

Aggressio on ihmiselle luontaista ja sen lääkkeellinen poistaminen olisi luonnotonta. Väkivaltaisuutta ei voi sanoa sairaudeksi. Jos siitä on kuitenkin haittaa sopeutumiseen tai henkilön terveydelle, on sitä aiheellista lievittää. Aggressiota on kahden tyyppistä. Reaktiivinen aggressio ilmenee psyykkisissä häiriöissä sekä ikäkausina. Tämän tyyppinen aggressio yleensä helpottuu esimerkiksi kyseisen ongelman korjaamisella tai psyykkisen häiriön hoidolla. Tällainen aggressio voi ilmetä esimerkiksi henkilön käsittäessä sosiaalisen tilanteen väärin tai reviiriä puolustaessaan. Kylmäveristä aggressiota ei puolestaan voida hoitaa. Sitä voidaan kutsua säälimättömäksi saalistusaggressioksi, johon ei liity katumusta. Tällainen aggressio voi olla psykopatian tai persoonallisuushäiriön oire. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2013, 1361—1362.) Työyhteisön hyvä yhteistyö auttaa suuresti myös niissä tilanteissa, kun asiakas käyttäytyy aggressiivisesti ja väkivaltatilanteiden läpikäymisessä (Timlin & Kynäs 2007, 186).

## **2.2 Väkivallan vaikutukset asiakastyöhön**

Väkivaltainen asiakas on suuri haaste niin työntekijöille kuin esimiehellekin. Hoitotyö vaatii työntekijöiden itsensä tuntemista ja kehittämistä. Työntekijän on huomioitava asiakkaan oikeudet ja hänen kunnioittamisensa myös silloin, kun asiakas on väkivaltainen. Väkivaltatapauksista tulee aina tehdä ilmoitus esimiehelle. Tulee varmis-

taa, että hoitajien koskemattomuus ja oikeusturva toteutuvat. Tehokkaan jälkipuin-  
nin avulla tilanteista voidaan oppia ja toimintatapoja kehittää. (Taipale & Välimäki  
2002, 175—176.)

Todella moni hoitaja kokee syyllisyyttä ja häpeää väkivallan uhriksi jouduttuaan.  
Työtä hankaloittaa myös se, että väkivallan uhriksi joutunut työntekijä saattaa väl-  
tellä esimerkiksi tiettyjä työtehtäviä tai asiakkaita ja on jatkuvasti varuillaan. (Pitkä-  
nen ym. 2005, 244—245.) Tämä vaikuttaa työn tehokkuuteen ja saattaa aiheuttaa  
ristiriitoja työpaikalla työtehtäviä jakaessa. Hoitajat voivat jättää jopa kirjaamatta asi-  
akkaan aggressiivisuudesta, jos he ajattelevat leimautuvansa asiakkaiden aggres-  
siivista käytöstä aiheuttaviksi henkilöiksi. Osa työntekijöistä voi puolestaan pitää ag-  
gressiivisuutta ja väkivaltaa osana työtään. (Taipale & Välimäki 2002, 169.) Tällaiset  
asiat ovat ongelmallisia, sillä kenenkään ei kuuluisi kokea oloaan uhatuksi työpai-  
kallaan, eikä asiakkaan asioita saisi jättää kirjaamatta.

Hoitajat voivat kokea väkivallan traumaattisena. Toisaalta henkiset ja fyysiset jäljet  
voivat olla pieniäkin. Pieniäkin jälkiä jättävät väkivaltakokemukset voivat heikentää  
työssä jaksamista. Fyysinen väkivalta voi aiheuttaa vakaviakin fyysisiä vammoja.  
Sanallinen aggressiivisuus voi olla työntekijälle iso stressitekijä, ja se voi aiheuttaa  
suurta ahdistusta tai jopa vihaa. Henkisestä väkivallasta johtuvat tunteet voivat olla  
jopa voimakkaampia kuin fyysistä väkivaltaa kohdanneella hoitajalla. Tällaisista tun-  
teista toipuminen voi kestää kuukausia. Oireet voivat toki kestää paljon pidempään-  
kin. Hoitajien ohjaaminen väkivallan kohtaamisen jälkeisten tunteiden ja traumojen  
käsittelyssä on ensiarvoisen tärkeää heidän toipumisensa kannalta. Tämä auttaa  
huomattavasti työkyvyn ylläpidossa sekä alalla pysymisessä. (Taipale & Välimäki  
2001, 173—175.)

Jo pelkästään uhka väkivallasta voi aiheuttaa pelkoa ja turvattomuutta, jolloin työn-  
teko kärsii. Työpaikan näkökulmasta väkivaltaisuus voi tulla kalliiksi esimerkiksi sai-  
rauslomien, tuottavuuden laskemisen, korjauksien tai vakuutusmaksujen kasvami-  
sen vuoksi. (Pitkänen ym. 2005, 240.) Näyttöä on myös siitä, että henkinen väkivalta  
työpaikalla voi vaarantaa asiakasturvallisuutta (Hakojärvi ym. 2011, 163).

### 2.3 Väkivallan vaikutukset työturvallisuuteen

Työnantaja on työturvallisuuslain mukaan velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Huolehtimisvelvollisuutta rajaaviksi tekijöiksi mainitaan epätavalliset ja ennalta-arvaamattomat olosuhteet, joihin työnantaja ei voi vaikuttaa. Työnantajan velvollisuuksiin kuitenkin kuuluu tarkkailla työympäristöä jatkuvasti. (L 23.8.2002/738, 2 luku, 8 §.) Tapahtuneita väkivaltatilanteita ei voi siirtää ainoastaan työnantajan vastuulle. Työnantajan kuuluu silti järjestää työolosuhteet siten, että väkivaltatilanteet ja väkivallan uhka pystytään ehkäisemään mahdollisuuksien mukaan ennakolta (L 23.8.2002/738, 5 luku, 27 §).

Vuoden 2000 Tehyn tutkimuksen mukaan vuoden sisällä henkisen väkivallan uhriksi sairaanhoitajista oli joutunut 2/3 ja fyysisen väkivallan uhriksi joka kolmas. Hoitoalan ammatit ovat erityisesti riskiryhmänä, kun tarkastellaan työväkivaltaa. Tämä selviää, kun verrataan eri ammattialojen työväkivallasta kärsivien työntekijöiden lukumääriä keskenään. Vuonna 2003 sairaanhoitajista 81% kertoi tulleen kiusatuksi asiakkaiden taholta ja enemmän kuin joka kolmas oli joutunut työkavereiden kiusaamisen kohteeksi. (Elovainio ym. 2009, 11.)

Poliisille ilmoitetaan todella harvoin asiakkaan toteuttamasta väkivallasta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Työnantaja tai esimies voivat tehdä lievästä pahoinpitelystä ilmoituksen poliisille, vaikka uhri sitä ei haluaisikaan. Näin viestitettäisiin sitä, että henkilökuntaan kohdistuva väkivalta ei ole hyväksyttävä. Tällaista lievää pahoinpitelyä voivat olla esimerkiksi seksuaalinen häirintä, töniminen, läpsiminen tai repiminen. Teon tulee kuitenkin olla tahallinen. Työpaikan toimintatapojen tulee selvittää turvallisuussuunnitelmasta. Luottamusmiestä ja työsuojeluvaltuutettua voi konsultoida näissä asioissa. (Rantanen 2011, 8—9.)

Väkivallasta voi olla vaikea puhua, eivätkä kaikki halua ajatella vakavissaan uhkakuvia väkivaltatilanteista etukäteen. Jotkut voivat ajatella, että väkivaltatilanteita sattuu vain niiden kohdalle, jotka eivät osaa asiakaspalvelua. Ennakoivaa valmistautumista mahdolliseen väkivaltatilanteeseen tulee kuitenkin tehdä. Työntekijöiden tulee tietää perusasiat yhteisestä toimintamallista, mikäli uhkaava tilanne sattuu kohdalle. Perehdytys ja koulutukset ovat avainasemassa ennakoivassa toiminnassa. (Kar-

pela 2007, 21—24.) Myös sijaisten ja muiden ulkopuolisten työntekijöiden perehdytyksen huomioiminen tulisi ottaa paremmin huomioon, sillä väkivaltatilanteet voivat sattua milloin vain.

### 3 VÄKIVALLAN ERITYISPIIRTEET VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ

Elovainion ym. (2009, 14—15) tekemän tutkimuksen mukaan 47% vanhustenhuollon sairaanhoitajista on suunnitellut vaihtavansa työpaikkaa. Tämä on korkein prosenttimäärä, kun verrataan tutkimuksen muihin vastaajaryhmiin, jotka työskentelevät sairaanhoitajina erilaisissa toimipaikoissa, kuten sairaalassa. Muunlaiseen sairaanhoitajan työhön haluaisi vaihtaa kuitenkin vain 15,6% vanhustenhuollon sairaanhoitajista. Kyseisistä sairaanhoitajista yhteensä 30,9% on kokenut ylivoimaisesti eniten henkistä väkivaltaa työssään toisten työntekijöiden toimesta. Ikääntyneiden kanssa työskentelevien hoitajien työtyytyväisyyttä sekä työympäristön vaikutusta työtyytyväisyyteen on tutkittu varsin vähän (Suhonen ym. 2012, 30).

Asiakkaiden ja omaisten taholta henkisen väkivallan määrä on hyvin samaa luokkaa keskenään. Vanhustenhuollossa työskentelevistä sairaanhoitajista 29,8% kokee fyysistä väkivaltaa sekä uhkatilanteita vuodessa 1-2 kertaa, 10,3% kokee niitä kerran viikossa tai jopa useammin. Ikääntyneiden kanssa työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys on alhaisin, kun sitä verrataan akuutti- sekä mielenterveystyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyyteen (Suhonen ym. 2012, 34). Vanhustyötä tutkittaessa on tullut ilmi myös työtyytyväisyyteen vaikuttava resurssipula. Hoitajat voivat tuntea työskentelevänsä esimerkiksi riittämättömästi, jos asiakkaalle ei ole antaa tarpeeksi aikaa. (Suhonen ym. 2012, 34.)

Vuosittain 14 500 henkilöä sairastuu Suomessa muistisairauteen. Pitkäaikaishoidossa olevista asiakkaista suurimmalla osalla on todettu dementia. (Muistisairaudet 27.1.2017.) Muistisairaus aiheuttaa usein käytösongelmia ja jopa uhkaavaa käyttäytymistä. Tämä johtuu siitä, että muistisairaahan henkilön kognitiiviset kyvyt heikenevät, mikä puolestaan aiheuttaa esimerkiksi eksymisiä ja turvattomuuden tunteita. Kansainvälisesti muistisairaista noin puolella ilmenee haasteellista käyttäytymistä laitoshoidossa. Jos tarkastellaan Suomen terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa olevia vanhuksia, niin noin yksi kolmasosa heistä käyttäytyy haastavasti. Haasteellisesta käyttäytymisestä johtuvien ongelmien selvittely on yksi merkittävimmistä haasteista laitoshoidossa, sillä sitä voi tapahtua jopa päivittäin. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 47.)



Käyttöoireita voi ilmetä ohimennen tai ne voivat olla jatkuvia, kestäen jopa vuosia. Jopa 90%:lla muistisairaista asiakkaista esiintyy sairauteen liittyviä käyttöoireita. Tällaisia käyttöoireita voivat olla esimerkiksi masennus, jota esiintyy 5—15%:lla muistisairaista vakavan tasoisena. Yleinen käyttöoire muistisairaille on ahdistuneisuus, jota esiintyy 40—50%:lla. Yleensä ahdistuneisuutta esiintyy muistisairauden lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa. Ahdistukseen liittyy tavallisesti levottomuutta sekä ärtyneisyyttä. Näistä oireista on usein haittaa ympäristölle ja ne kuormittavat myös muistisairasta itseään. (Muistisairauksien Käypä hoito-työryhmä 21.9.2016.)

Levottomuutta esiintyy 50—60%:lla muistisairaista, mikä kuormittaa runsaasti hoitoympäristöä. Levottomuus voi esiintyä aggressiivisena käytöksenä, jos muistisairas ärsyyntyy voimakkaasti. Aistiharhoja ja harha-ajatuksia ilmenee yleensä sairauden keskivaiheessa sekä vaikeassa vaiheessa 25—50%:lla muistisairaista asiakkaista. Nämä harhat voivat aiheuttaa hoitoympäristölle valtavaa kuormitusta, jos muistisairas asiakas pyrkii toimimaan jatkuvasti harhojen ohjaamalla tavalla. (Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä 21.9.2016.)

Vanhusten haasteellinen käytös ei ole ongelma vain hoitavalle organisaatiolle, vaan se aiheuttaa haittaa myös heille itselleen. Tämä ilmenee esimerkiksi tapaturmina ja eristäytymisenä. Haasteellinen käyttäytyminen lisää rajoitteiden käyttöä, niin lääkinällisiä kuin fyysisiäkin. Nämäkin toimet voivat aiheuttaa tapaturmia ja henkistä kärsimystä. Myös omaisille tällainen rajoittaminen voi olla henkisesti raskasta. Haasteellisesta käytöksestä kärsivät myös muut asiakkaat sekä heidän läheisensä. (Saarnio ym. 2011, 47—48.) Muistisairauden aiheuttamaan haasteelliseen käytökseen voivat liittyä myös fyysinen väkivalta ja perättömät syytökset esimerkiksi siitä, että hoitajat varastavat kyseiseltä asiakkaalta tavaroita. Tällaiset vihanpurkaukset voivat nostaa vanhuksissa esiin uskomattomia voimia, minkä seurauksena hoito-henkilökunnan voi olla mahdotonta lähestyä asiakasta tai suorittaa hoitotoimenpiteitä. (Eriksson & Saveman 2002, 81.)

Muistisairaahan seksuaalisuus voi muuttua sairauden myötä. Osalla muistisairaista se voi saada liiankin suuren merkityksen, jolloin muistisairas voi esimerkiksi jatkuvasti puhua seksuaalissävytteisesti. (Aavaluoma 2010, 239.) Seksuaaliset käyttöoireet ovat muita muistipotilaan käyttöoireita harvemmin esiintyviä. Joka viidennellä pitkä-

aikaishoidossa olevalla miespuolisella muistisairaalla on arvioitu olevan seksuaalisia käytösoireita. Seksuaalisten käytösoireiden on havaittu olevan yleisempiä miehillä kuin naisilla. Tulee muistaa, että seksuaalisten käytösoireiden määrittely on myös kulttuurisidonnaista. Tällöin ympäristöä häiritseväksi käyttäytymiseksi luetaan yleisten normien vastaiset ehdotukset sekä puheet, jotka ovat seksuaalissävytteisiä. Tällaiset oireet ovat yleisin esimerkki muistisairaahan seksuaalisista käytösoireista. Muita seksuaalisia käytösoireita voivat olla itsetyydytys julkisilla paikoilla tai toisen intiimialueisiin luvatta koskeminen. Seksuaalisen häiriökäyttäytymisen kohteena voivat olla niin sukulaiset kuin hoitohenkilökuntakin. Tällaiset oireet voivat olla erittäin haastavia ja ongelmallisia muistisairaahan läheisille sekä pitkäaikaishoitopaikalle. (Eloniemi-Sulkava, Sillanpää & Sulkava 27.3.2015.)

Suomessa laitoshoidossa olevien dementiaa sairastavien haasteellista käytöstä on tutkittu lähinnä laadullisesti. Saarnion ym. (2011, 50—52) tutkimuksen mukaan 62% vanhusten hoitotyön yksiköiden hoitajista oli sitä mieltä, että dementoituneilla aggressiivista käyttäytymistä ilmeni viikoittain ja 10% oli sitä mieltä, että sitä ilmenee päivittäin. Muita hoitoyksikön vanhuksia häiritsevää käytöstä ilmeni hoitajista 73%:n mukaan viikoittain ja 10%:n mielestä päivittäin. Sisäistä levottomuutta raportoitiin esiintyvän 63%:n mukaan viikoittain. Itseään vahingoittavaa käytöstä ilmeni harvoin. 20%:n mielestä tällaista käytöstä oli kuukausittain, mutta 9% oli kuitenkin sitä mieltä, että sitä esiintyisi kerran viikossa tai useamman kerran viikossa. Haastavaa käytöstä erittäin usein rajoitti 15% hoitajista ja 56% käytti rajoitteita joskus. Pienissä vanhusten hoitotyön yksiköissä käytösongelmia esiintyi eniten. Niin fyysisiä kuin kemiallisiakin rajoitteita pystytään vähentämään lisäkoulutuksella (Saarnio ym. 2011, 54). On tärkeää havainnoida itse, kuinka toimii tilanteissa, jotta toimintatapojaan osaisi korjata ja hyviä toimintatapoja korostaa (Isola ym. 2005, 147).

## 4 VÄKIVALLAN ERITYISPIIRTEET MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖSSÄ

Monessa hoitoalan yksikössä erilaiset väkivalta-, aggressiivisuus- ja uhkatilanteet ovat arkipäivää (Timlin & Kyngäs 2008, 183). Erityisesti psykiatrisella puolella hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt. Skitsofreniaa sairastavat ovat tutkimusten mukaan suurin ryhmä, jonka väkivalta selittyy heidän sairauden diagnosoillaan. Ennestään tutun asiakkaan käytöstä voidaan ennakoida, mutta aina tämä ei ole mahdollista. (Tiihonen ym. 2009, 4.) Koska väkivalta on niin yleistä psykiatrisella puolella, on opinnäytetyön tutkimus oleellista tehdä mielenterveysyksiköihin.

Päihteet vaikeuttavat diagnosointia sekä toipumista, mutta ne myös lisäävät tutkusti ainakin skitsofreniapotilaiden väkivaltaisuutta. Toki sairauden psykoosivaihe voi jo sinällään aiheuttaa väkivaltaista käytöstä esimerkiksi vainoharhojen vuoksi. Jos henkilö ei tunne olevansa sairas, on tämän todettu lisäävän riskiä väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Itsemurhaa yrittäneillä skitsofreenikoilla on myös taipumusta väkivaltaisuuteen. Varautuminen tilanteisiin ja arviointi ovat tärkeässä osassa. Väkivaltaisia asiakkaita ja potilaita tulee olemaan aina, jolloin on oltava mahdollista muuttaa työyhteisön toimintaa siten, että tilanteisiin osataan varautua ja toimia niiden sattuessa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015, 1362—1365.) Myös asiakkaan omaiset saattavat havaita väkivaltaisen käytöksen puhkeamisen psykoottisena oireiluna kuten hallusinaatioina, levottomuutena ja epäilevyytenä. Tällöin sairaalahoito koetaan sekä helpottavana että ahdistavana. Asiakas on hyvässä hoidossa, mutta omaista saattaa suretta se, miten väkivaltainen käytös on johtanut sairaalahoitoon. (Kontio ym. 2017, 59—60.)

Parhaiten Timlin ja Kyngäksen (2007,187) tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteen jälkipuintia tehdään lasten mielenterveyspuolella. Nuorten ja erityisesti aikuisten mielenterveysyksiköissä on enemmän parantamisen varaa. Heidän tutkimuksensa mukaan puolet hoitajista kokivat itse kipua asiakkaan kiinnipitotilanteissa. Kyseisen tutkimuksen mukaan hoitajat käyttivät muita keinoja väkivaltaisen tai aggressiivisen asiakkaan rajoittamisessa kuin kiinnipitoa. Olisikin hyvä, jos pystyttäisiin panosta-

maan enemmän vuorovaikutuksellisiin keinoihin fyysisten keinojen sijaan. Sairaanhoidajat ovat isossa osassa arvioidessaan ja pyrkiessään hallitsemaan asiakkaan aggressiivisuutta. Asiakkaan fyysistä rajoittamista opettavat koulutukset ovat tuoneet lisävarmuutta hoitajille aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa. (Timlin & Kyngäs 2007, 183.)

Asiakkailla, joilla on mielenterveysongelmia, saattaa esiintyä myös tiettyjä persoonallisuuden piirteitä. Srivastavan ym. (2014, 103) mukaan mielenterveysongelmista kärsivillä rikollisilla on yhteisiä hankalia persoonallisuuden piirteitä. Näitä ovat esimerkiksi epävakaat tunteet, impulsiivinen persoonallisuus ja epäilyttävä käytös. Kyseinen tutkimus ei kuitenkaan ota kantaa siihen, johtuvatko nämä persoonallisuuden piirteet mielenterveysongelmista vai ovatko ne synnynnäisiä. Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksen (22.1.2015) mukaan ensipsykoosiin sairastuneen potilaan kliiniseen tutkimukseen kuuluu väkivaltaisuuden arviointi, sillä hoitamaton ensipsykoosi lisää väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. Psykoosista kärsivää potilasta voi olla haasteellista hoitaa, sillä hänellä saattaa olla täysin harhaluuloinen käsitys ympäristöstään ja hoidon tarpeestaan (Mielenterveystalo, [viitattu 6.4.2018]).

Myös persoonallisuushäiriöt voivat selittää asiakkaan käyttäytymistä. Esimerkiksi huomionhakukselle persoonallisuushäiriölle on ominaista tilanteisiin sopimaton seksuaalinen käytös ja kokemus siitä, että asiakkaan ihmissuhteet ovat läheisempiä kuin ne todellisuudessa ovat (Huttunen 10.9.2017). Mielialahäiriöt sekä psykoosit voivat aiheuttaa muutoksia asiakkaan seksuaalisessa käyttäytymisessä. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä voi hakea lohtua ja turvaa ahdistukseensa seksuaalisin keinoin. Psykooseista etenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaihe voi aiheuttaa asiakkaassa holtitonta seksuaalista käyttäytymistä. (Psykiatriset sairaudet ja seksuaalisuus, [viitattu 6.4.2018].)

## 5 TYÖHYVINVOINTI

Suomessa työntekijöistä 15% työskentelee sosiaali- ja terveysalalla. Tutkitusti tällä alalla työ koetaan fyysisesti ja henkisesti raskaaksi. Henkinen rasitus näkyy muun muassa uupumuksena sekä kiireenä ja sillä voi olla vaikutuksia myös työpaikkakiusaamiseen ja henkiseen väkivaltaan. (Utriainen, Ala-Mursula & Virokannas 2011, 29.)

Työyhteisö on hyvin toimiessaan jopa voimavara työntekijöille, mikä vaikuttaa heidän työssä jaksamiseensa sekä mielenterveyteensä positiivisesti. Mutta kun työyhteisö ei toimi, on työssä käyminen hyvin raskasta työntekijälle ja sen vaikutukset näkyvät työntekijän elämässä työn ulkopuolellakin. Tutkimusten mukaan mielenterveysongelmien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneiden määrä on lisääntynyt. Siihen liittyvät eläkekustannukset ovat lisääntyneet 2000-luvun alusta 2010-luvulle 1,5-kertaisiksi. (Sinokki 2010, 1803.) Työn tuottavuus, sairauspoissaolojen määrä sekä työhön sitoutuminen ovat sidoksissa työhyvinvointiin. Se on myös yksilön oma kokemus. (STM 2009.) Huonosti voiva työntekijä ei pysty tekemään parastaan töissä, ja sen huomaavat myös asiakkaat (Manka 2014).

Terveysalan työpaikoissa esiintyy usein kiusaamista, syrjintää sekä eriarvoisuutta. Terveysalan työtä epäillään usein epämiellyttäväksi, jos verrataan muihin aloihin. (Kanste ym. 2008, 281.) Henkinen väkivalta työelämässä on koko ajan suurempi ongelma Suomessa ja myös kansainvälisesti. Suomalaisista työntekijöistä 32% naisista ja 16% miehistä on joutunut työpaikallaan kohtaamaan henkistä väkivaltaa. Henkistä väkivaltaa ilmenee erityisesti terveysalla. Jatkuvasti sitä joutuu kokemaan noin 11% terveysalalla työskentelevistä. (Hakojärvi ym. 2011, 163.)

Vaikka työhyvinvointi on henkilökohtainen tuntemus, se on myös havaittavissa henkilökunnan yleisessä vireydessä. Työhyvinvoinnin merkitys on kaksisuuntainen. Positiivisessa mielessä se tuo hyvinvointia ja tyytyväisyyttä työhön. Se on jopa voimavara. Negatiivisessa valossa se voi aiheuttaa uupumusta ja stressiä. Työhyvinvointi vaikuttaa siihen, kuinka työtä tehdään. (Kujanpää 2017, 53—54.) Väkivaltaa on opittu pitämään jopa osana hoitotyötä, jolloin siitä ei raportoida (Tiihonen ym. 2009, 4). Asiakkaan toteuttama väkivalta on selvästi yleisempää kuin työkaverin toteuttama väkivalta (Timlin & Kyngäs 2007, 183).

Osa työntekijöistä on aina kärsinyt muutenkin mielenterveysongelmista, joten asia ei ole mitenkään uusi. Hoitotyö on kuitenkin muuttunut. Kilpailu ja tehokkuus sanelevat työntekoa ja työntekijöiltä vaaditaan mitä moninaisempia piirteitä ja osaamista. On siis hyvin tärkeää, että työyhteisö toimii, jotta työntekijät jaksavat työskennellä jo muutenkin vaativassa työssä ilman kroonista stressihäiriötä eli työuupumusta. (Sinokki 2010, 1805—1806.)

## 5.1 Väkivallan vaikutus työhyvinvointiin

Työssä koetulla väkivallalla voi olla fyysisiä sekä henkisiä vaikutuksia työntekijään. Se saattaa vaikuttaa suuresti myös työmotivaatioon. Väkivalta vaikuttaa työn tekemiseen ja sen kohtaaminen työssä voi olla valtava henkinen rasite ja aiheuttaa jopa työkyvyttömyyttä sekä sairauslomia. Sairauslomat eivät ole välttämättä pitkiä, ja väkivallan vaikutukset voivat ilmetä työntekijän toiminnassa vasta pitkänkin ajan kuluttua posttraumaattisina stressioireina. Trauman jälkeisiä reaktioita voivat olla esimerkiksi syyllisyys, uniongelmat sekä ahdistuneisuus. Työssä koetulla väkivallalla voi olla todella pitkäkantoisia vaikutuksia työntekijälle. On tutkittu, että se voi lisätä myös päihteiden käyttöä. Fyysinen väkivalta aiheuttaa hieman enemmän pitkäkantoista oireilua kuin sanallinen väkivalta. (Tiihonen ym. 2009, 5.) Tulee kuitenkin muistaa, että väkivallan aiheuttamiin kokemuksiin vaikuttaa työntekijän henkilökohtainen kokemus sekä se, millainen tilanne hänellä on muuten elämässään. (Tiihonen ym. 2009, 8.)

Työhyvinvointiin olisi aiheellista panostaa myös valtionkin kannalta. Nyt, kun ihmisiä pyritään saamaan mahdollisimman nopeasti työelämään ja eläkeikää nostetaan, ollaan havahduttu tulevaan työvoimapulaan. Koska on työvoimapulaa, tulee organisaation toimintaan kiinnittää erityisesti huomiota sekä siihen, kuinka se vaikuttaa työtyytyväisyyteen (Suhonen ym. 2012, 29). Työvoiman tulee pystyä maksamaan niiden kustannukset, jotka eivät enää työelämässä ole. Työiän muutokset eivät kuitenkaan auta, jos työntekijöillä ei ole motivaatiota, saati terveyttä tehdä työtä. (Sinokki 2010, 1807.)

## 5.2 Työhyvinvoinnin kehittämis ehdotukset

Yhteistyön kehittämisessä tulee huomioida myös esimiehen työnkuva. Yllättävän usein esimiehet tuntevat olonsa jopa yksinäisiksi. He voivat kärsiä kovasta kiireestä ja koulutuksen puutteesta, heistä voidaan puhua pahaa ja heiltä voidaan vaatia lii-koja. Esimies tulee myös ottaa mukaan keskusteluun työyksikön kehittämisestä ja tuoda hänen tietoonsa toimimattomat asiat. Ei voi vain olettaa, että esimies tai työn-antaja muuttaisivat työyksikön toimintatapoja, vaan kaikkien tulee muuttaa omaa toimintaansa. (Mäkelä, Kanste & Nikkilä 2007, 15—18; Työhyvinvointi 2017.) Kuok- kasen, Leino-Kilven ja Katajiston (2012, 9) tutkimuksen mukaan noin puolet tutki- mukseen osallistuneista sairaanhoitajista on harkinnut työpaikan vaihtoa ja kolmas-osa alan vaihtoa. Noin puolet kokivat työstressiä ja uupumusta. On näyttöä siitä, että työpaikalla tapahtuva väkivalta voi lisätä halua työpaikan vaihtamiseen (Elovai- nio ym. 2009, 12).

On tutkittu, että sosiaalisilla suhteilla on korvaamaton merkitys henkiselle hyvinvoin- nille. Huolien jakaminen auttaa stressin purkamisessa. Se onkin ensimmäinen asia, joka tulee tehdä stressin yllättäessä. Yhdessä puhuminen ja pohtiminen työkaverei- den kanssa auttaa työperäisen stressin purkamisessa, kun vain asioita ei jää mu- rehtimaan pitkäksi aikaa. Työperäisen stressin puheeksi otto luottamusmiehen, työnantajan tai esimiehen kanssa on tärkeää. Työnohjaus on myös yksi hyväksi ko- ettu keino työperäisen stressin vähentämisessä. (Mattila 18.8.2010.) Kehityskes- kusteluista on koettu olevan hyötyä muutoksien toteutuksessa. Niitä voidaan toteut- taa ryhmässä sekä yksilökeskusteluna. Se on eräs johtamisen muoto. Keskusteluja tulisi olla useammin, sillä nämä keskustelut tukevat työhyvinvointia. (Nurmeksela ym. 2011, 27—28.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa pk-yritysten henkilökunnan kokemasta väkivallasta heidän työturvallisuutensa edistämiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveystyön ja vanhustyön pk-yritysten henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten väkivalta ilmenee mielenterveystyön palveluita tarjoavissa yksiköissä?
2. Miten väkivalta ilmenee vanhustyön palveluita tarjoavissa yksiköissä?
3. Miten väkivalta vaikuttaa hoitohenkilökunnan työhön?



## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön menetelmä on määrällinen eli kvantitatiivinen. Tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa opinnäytetyön aiheesta. Määrällinen tutkimus mahdollistaa tiedon saannin suuremmalta joukolta ja tieto on objektiivista. Määrällinen tutkimus mahdollistaa tulosten kuvaamisen tilastoin ja kuvioin sekä muuttujien mittaamisen ja niiden välillä olevien yhteyksien tarkastelun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55). Tutkimus on poikittaistutkimus, sillä ilmiötä halutaan tutkia tässä opinnäytetyössä vain kerran (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56).

Laadullisen tutkimuksen tulosten analysointi veisi enemmän aikaa kuin määrällisen tutkimuksen. Laadullisella tutkimuksella aiheesta saataisiin tietoa vain muutamalta haastateltavalta. Tarkoituksena on kuitenkin saada tietoa mahdollisimman monelta hoitotyöntekijältä. Kirjallisuuskatsauksen toteutukseen tarvitsisi enemmän tutkimusmateriaalia aiheesta. Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tähän opinnäytetyöhön myös siksi, että tutkimuskysymysten tarkoituksena on selvittää, millaista väkivaltaa esiintyy ja kuinka paljon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 60).

Kvantitatiivisella tutkimuksella voidaan tutkia syy-seuraussuhteita ja ilmoittaa tulokset tilastomuodossa (Kananen 2011, 15). Keskeisimmät tulokset on hyvä esittää taulukoin ja kuvioin. Taulukoilla voidaan kuvata hankittua numerotietoa yksityiskohteisesti, kun taas kuviot soveltuvat paremmin tiedon nopeaan ja yksinkertaiseen esittämiseen. (Vilkkä 2007, 135.)

### 7.1 Tiedonhaku

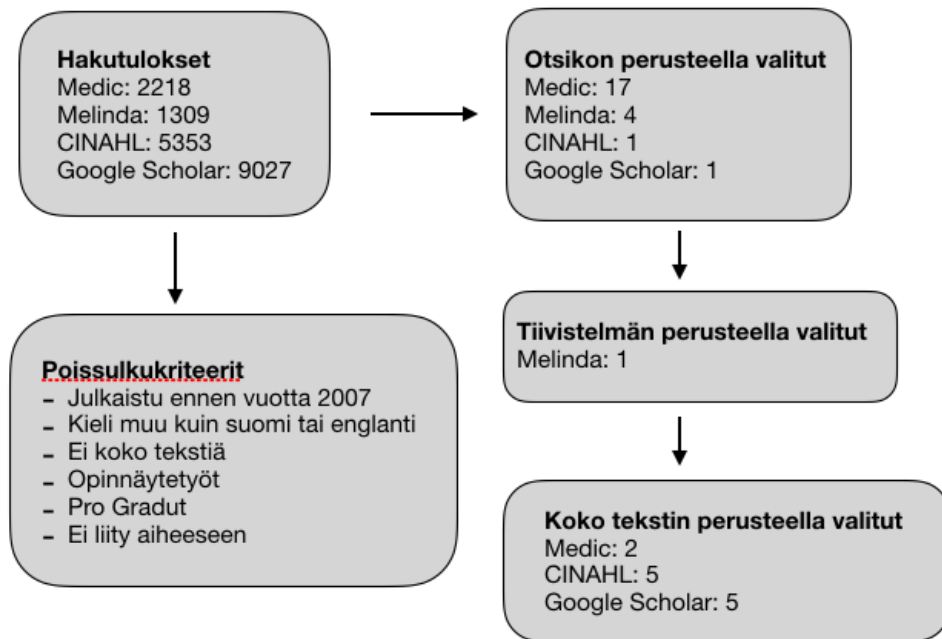
Tiedonhakuun käytettiin sekä suomalaisia että ulkomaalaisia tietokantoja. Näitä tietokantoja olivat Medic, CINAHL, ja Melinda. Kyseisissä tietokannoissa käytettiin englanniksi seuraavia keskeisimpiä hakusanoja: "violence", "workplace", "healthcare", "nurse", "nursing", "sexual violence", "mental health", "elderly care", "aggression". Suomenkieliset vastaavat hakusanat olivat: "väkivalta", "aggressio", "aggressiivisuus", "työhyvinvointi", "työpaikka", "kiusaaminen", "hoitotyö", "hoitaja", "työpaikkakiusaaminen", "seksuaalinen väkivalta", "työpaikkaväkivalta", "työttyty-

väisyys", "työkuormitus", "työuupumus", "ikääntynyt", "vanhus", "dementia", "haasteellinen käyttäytyminen", "fyysinen väkivalta", "henkinen väkivalta", "jälkipuinti", "käytöshäiriö". Suomenkieliset hakusanat olivat peräisin Yleisestä suomalaisesta asiasanastosta (YSA) ja ne valikoituivat tutkimuksissa toistuvien sanojen pohjalta.

Englanninkielisiä lähteitä löytyi runsaasti erityisesti CINAHL-tietokannasta aiemmin mainituilla hakusanoilla. Englanniksi tutkimuksia löytyi jopa tuhansittain ja ne olivat tuoreita, mutta kun tutkimusten otsikkoja sekä sisältöä luki tarkemmin, moni niistä ei liittynyt opinnäytetyön aiheeseen. Seksuaalisesta väkivallasta ei löytynyt kuin muutama tulos. Kyseisestä aiheesta ei suomeksikaan löytynyt juurikaan tutkimuksia. Suomenkielisiä lähteitä löytyi hakusanoilla muutamasta pariin kymmeneen, tosin tuoreita näistä olivat vain osa. Osa suomenkielisistä lähteistä oli jo hieman yli kymmenen vuotta vanhoja, mutta niiden tieto on edelleen pätevää tähän opinnäytetyöhön. Yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä arvioitiin kriittisesti. Pyrkimys oli käyttää opinnäytetyössä mahdollisimman tuoreita lähteitä. (Kuvio 1.)

Opinnäytetyön lähteinä käytettyjen tutkimusten näkökulma oli hyvin hoitajakeskeistä. Työhyvinvointia käsitteleviä tutkimuksia löytyi erityisen runsaasti ja niissä painotettiin työyhteisön sekä sen hallinnon toimivuutta. Kyseisissä tutkimuksissa käsiteltiin paljon hoitajien kohtaamaa henkistä väkivaltaa, jonka toteuttajana oli heidän työyhteisönsä jäsen. Väkivallan laatua ja varsinkin sen määrää tutkivia tutkimuksia oli varsin vähän. Varsinaisia yleistettäviä tilastoja väkivallan määrästä ei ollut.

Osa hakutuloksista oli jo useita vuosia vanhoja, joten asiat ovat voineet muuttua. Sen vuoksi on hyvä saada aiheesta tuoretta tietoa, jota pk-yritykset voivat valmennuksissaan parhaiten hyödyntää.



Kuvio 1. Tiedonhaku ja lähteiden valintaperusteet.

## 7.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 2.) kuudesta Etelä-Pohjanmaan alueella sijaitsevasta pk-yrityksestä. Yritykset valikoitiin opinnäytetyöhön maantieteellisin perustein hankkeeseen ilmoittautuneista yrityksistä. Kyselylomakkeita vietiin tai lähetettiin jokaiseen yritykseen hoitohenkilöstön määrää vastaava kappalemäärä sekä muutama ylimääräinen kyselylomake. Yrityksiin vietiin myös muovitaskut tai kirjekuoret, joihin täytettyjä kyselylomakkeita kerättiin. Jokaisen kyselylomakkeen yhteydessä oli saatekirje. Kyselyyn osallistuviin yrityksiin soitettiin vielä etukäteen ja varmistettiin, että he haluavat osallistua kyselyyn.

Lähimpiin yrityksiin kyselylomakkeet vietiin paikan päälle. Kauempana sijaitseviin yrityksiin kyselylomakkeet ja palautuskuoret lähetettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun kustantamilla kirjekuorilla. Nämä kauempana sijaitsevat yritykset lähettivät vastatut kyselylomakkeet mukana tullessa palautuskuoressa takaisin viimeistään 28.2.2018. Palautuskuorien postimaksut oli maksettu jo etukäteen Seinäjoen ammattikorkeakoulun toimesta. Lähempänä sijaitsevista yrityksistä vastatut kyselylomakkeet haettiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta 28.2.2018.

Jokaiseen yritykseen joko lähetettiin tai vietiin opinnäytetyön lupalomake. Yrityksen vastaava henkilö täytti lomakkeen yritystä koskevat tiedot sekä allekirjoitti lomakkeen. Alkuperäinen opinnäytetyön lupalomake jäi yrityksille, yksi kopio opinnäytetyöntekijöille sekä yksi kopio opettajalle kutakin yritystä kohden.

### 7.3 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen

Kyselylomaketta laatiessa on tärkeä kiinnittää huomiota siihen, miten kysymykset asetellaan sanallisesti. Esitetyt kysymykset voidaan tulkita monin eri tavoin (Kananen 2011, 48). Tutkimusongelmat on muutettava kysymyksiksi, joihin saadaan vastaukset tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2011, 49). Mittarin laadinnan tulee pohjautua teoriaan. Käsitteiden operationalisoinnilla saadaan ne mitattavaan muotoon. (Valli 2015, 41.) Kyselylomakkeen vastaajan mielenkiinnon säilyttämiseksi kyselylomakkeessa ei tule olla kovin monia kysymyksiä, jolloin siihen vastaamiseenkaan ei kulu liian kauan aikaa. Liian monta kysymystä sisältävä kyselylomake voi aiheuttaa huolimattomuutta vastauksissa tai johtaa siihen, ettei kysymyksiin vastata. (Valli 2015, 43.)

Kyselylomakkeen alussa on lähinnä strukturoituja kysymyksiä, joissa on siis valmiiksi vasatausvaihtoehdot (Kananen 2011, 31). Niillä selvitetään vastaajien taustatietoja. Likert-tyyppisiä kysymyksiä on eniten. Niissä vastausvaihtoehdot on nimetty portaittain. Lopussa on avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja saa vastata omin sanoin. Avoimien kysymyksien lukumäärä on pidetty mahdollisimman pienenä, jotta vastauksien analysointi olisi mahdollisimman johdonmukaista. (Valli 2015, 57, 70—71.) Avoimilla kysymyksillä voidaan saada sitä tietoa, jota strukturoiduilla kysymyksillä ei voida selvittää. Avoimet kysymykset eivät rajaa vastausvaihtoehtoja. (Kananen 2011, 31.)

Kyselylomakkeen kysymyksissä otettiin huomioon eri teemat, joiden kannalta opinnäytetyö käsittelee väkivaltaa, eli väkivallan eri muodot. Kysymykset jaettiin fyysisen, henkisen ja seksuaalisen väkivallan teemoihin. Lisäksi kysymyksissä nostettiin esiin se, miten kyselyyn osallistuvat kokevat väkivallan vaikuttavan työhönsä sekä

omaan kokemukseensa hoitajana. On myös tärkeää, että kysymykset eivät johdattele vastaamaan tietyllä tavalla. (Mäkinen 2006, 105.) Kysymykset mietittiin teorian ja etenkin hoitotyön tutkimuksissa usein ilmaantuneiden teemojen pohjalta.

Kyselylomakkeita on aina hyvä testata, jotta tutkijana saa käsityksen siitä, miten toimiva lomake on (Vilkkä 2007, 78). Kysymysmuotojen tulkitseminen väärin aiheuttaa eniten virheitä tutkimustuloksiin. Kysymyksien tekijän ja niihin vastaajan ajatusmaailmat eivät aina kohtaa, eikä kyselylomakkeeseen vastatessa ole mahdollisuutta saada tarkennusta kysymyksiin. Tämän vuoksi kysymysmuodot ja pilottitutkimus ovat tärkeitä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kysymyksien tulee olla niin yksiselitteisiä, ettei niissä ole tulkinnan varaa. (Valli 2015, 42.)

Valmista kyselylomaketta ei ollut saatavilla aiheeseen liittyen, joten se tehtiin opinäytetyön teorian pohjalta. Pilottitutkimuksen tulosten perusteella keskimääräinen vastausaika oli kymmenen minuuttia. Niin kutsutusti helpoimmat kysymykset esitettiin lomakkeen alkupuolella ja esimerkiksi avoimet kysymykset sijoitettiin kyselylomakkeen loppupuolelle. Kysymysten järjestys pyrittiin pitämään loogisena eivätkä ne olleet johdattelevia ja niitä laatiessa pohdittiin analysointia SPSS-analysointiohjelmassa.

Kyselylomakkeita testattiin ennen lähettämistä pilottitutkimuksella, joka suoritettiin neljälle luokkamme oppilaalle. Pilottitutkimus toteutettiin kahden nais- ja kahden miesopiskelijan toimesta. He olivat eri ikäisiä ja olivat työskennelleet erilaisissa hoitotyön yksiköissä. Vanhus- ja mielenterveystyöstä heillä oli kokemusta vähintään harjoittelujen osalta. Pilottitutkimukseen osallistuneilta saatiin palautetta siitä, miten ymmärrettävä ja laadukas kyselylomake oli ja lomakkeeseen pystyi vielä tekemään muutoksia ennen kuin ne lähetettiin varsinaisina kyselylomakkeina tutkimukseen osallistuviin yksiköihin.

Kyselylomakkeen yhteyteen tulee laatia saatekirje (Liite 1.), jonka tarkoitus on motivoida tutkimukseen osallistujaa vastaamaan kyselyyn. Kirjeessä painotetaan kyselyn luotettavuutta sekä tärkeyttä tutkimuksen kannalta. (Kananen 2011, 47.) Saatekirjettä laatiessa käytettiin Vilkan (2007, 83) esimerkiksi laatimaa saatekirjettä mallina sekä kiinnitettiin huomiota saatekirjeen laadinnan teoriaan. Saatekirjeessä pyrittiin kertomaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen tavoitteista, sillä vähäinen

tieto saattaa johtaa vastaamatta jättämiseen (Vilkka 2007, 84). Kirjeessä panostettiin myös teittelyyn, sillä se on kohteliaampi tapa lähestyä tuntemattomia vastaajia (Vilkka 2007, 86). Vaikka vastaajat eivät välttämättä kiinnitä huomiota vastaamiseen menevään aikaan tai valmistumisajankohtaan, lisättiin nämä silti saatekirjeeseen. Tietojen puuttuminen saattaa herättää epäilyn, ettei kyselylomaketta ole testattu. Valmistumisajankohdan puuttuminen voi antaa kuvan siitä, ettei tutkimus ole tavoitteellinen. (Vilkka 2007, 87.)

#### **7.4 Aineiston analyysi**

Aineiston analyysi aloitettiin aineiston käsittelyllä ja läpikäynnillä. Tämä vaihe aloitettiin, kun yksiköistä saatiin vastauskuoret takaisin. Vastauslomakkeet käsiteltiin yksiköittäin, jotta analyysiä oli selkeämpi tehdä. Lomakkeet numeroitiin ennen SPSS-ohjelmaan syöttämistä, jolloin pystyttiin korjaamaan mahdolliset ohjelmaan syöttämisessä tapahtuneet virheet (Kananen 2011, 47). Kyselylomakkeet käytiin aluksi läpi ja epätarkoituksenmukaisesti täytetyt lomakkeet poistettiin. Tämän jälkeen kaikki lomakkeet käytiin läpi kysymys kysymykseltä ja arvioitiin puuttuvia tietoja ja virheitä. (Vilkka 2007, 106.) Aineiston analyysiin käytettiin SPSS-ohjelmaa, sillä se on sopiva ohjelma määrällisten tutkimusten analysointiin. SPSS on lyhenne nimestä Statistical Package for Social Sciences ja se on yleisin ohjelma, jota käytetään hoitotieteellisessä materiaalien analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128). Kysymykset ja vastausvaihtoehdot numeroitiin, jotta ohjelman käyttäminen olisi selkeää (Valli 2015, 43).

Koska tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia ei voida yleistää, frekvenssit eli kapalemäärät olivat hyvä tapa havainnollistaa tuloksia. Oleellista oli myös kuvata tulokset prosenttimäärinä eli suhteellisina. Suhteellista tulosten esittämistapaa käytettäessä tulee tilastoissa näkyä myös luku, jonka mukaan prosenttilukema on laskettu. Eri tekijöiden riippuvuuksia tuotiin työssä esiin ristiintaulukoinnilla. (Kananen 2011, 74, 86.) Ristiintaulukoinnilla voidaan löytää muuttujia, jotka näyttävät selittävän toista muuttujaa. Tällöin ei kuitenkaan pidä tehdä päättelyä syy-seuraus-suhteesta. Havaintojen määrät kannattaa muuttaa prosenttiluvuiksi sekä riveittäin että sarakkeittain, jolloin taulukko on selvästi luettavampi ja havainnollistavampi. (Vilkka 2007,

129.) Suurimpia eroavaisuuksia tuloksissa kuvattiin selkeyden vuoksi pylväsdia-grammein. Koulun SPSS-ohjelmalla ristiintaulukointia havainnollistaviin pylväsdia-grammeihin ei saatu havainnollistavia prosenttilukemia. Prosenttilukemat on kuiten-kin ilmaistu tarkemmin pylväsdiaagrammien yhteydessä olevissa teksteissä. Taulu-kon tiedot kirjoitettiin tuloskohtaan, jossa ne selitettiin myös tekstillä. Ensin tulkittiin kaikkien tutkittavien kokemuksia, jonka jälkeen havainnoitiin eroja sekä riippuvuuksia eri asioiden välillä. Analysoinnissa ei ole tarkoitus vain luetella prosenttilukuja. Tuloksia on hyvä avata myös sanallisesti. (Vilkka 2007, 88—89.)

Tutkimusaineiston analysointimenetelminä voidaan käyttää kvantitatiivista sekä kvalitatiivista menetelmää. Kvantitatiivisen analyysin avuksi käytetään perinteisesti tilastointiohjelmaa kuten SPSS-ohjelmaa. (Liikenteen tutkimuskeskus Verne, [viitattu 15.4.2018].) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista menetelmää ja sen päättely toteutettiin pääsääntöisesti deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Työn laadullisia vastausmateriaaleja käytettiin tukemaan määrällisiä tuloksia. Useamman menetelmän käyttö usein lisää tutkimuksen luotettavuutta sekä auttaa ymmärtämään ilmiötä vieläkin paremmin. Tällöin tietoa saadaan samasta aiheesta, mutta eri näkökulmista. Mikäli määrällisellä tavalla ei saada tarpeeksi tietoa, voidaan kyseistä asiaa tarkentaa laadullisin menetelmin. (Kananen 2011, 124—125.) Laadullinen materiaali tiivistettiin ja analysoitiin tutkien sen yhtenäisyyksiä sekä eroavaisuuksia. Sisältöanalyysillä materiaalista pyrittiin tekemään mahdollisimman yhtenäistä sekä selkeää. Tämän jälkeen materiaalin merkityksiä ja yhteyksiä tutkimukseen päästiin tarkastelemaan paremmin.

## 8 TULOKSET JA TUOTOKSEN KUVAUS

Määrällisen tutkimuksen pohjalta opinnäytetyö osoittaa tilastojen ja loppuraportin avulla, millainen tilanne työntekijöillä on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin mielenterveyden hoitotyön ja vanhustyön pk-yrityksissä väkivallan osalta.

Opinnäytetyön kyselylomakkeita lähetettiin kuuteen pk-yritykseen. Yritysten henkilökunnan yhteen laskettu määrä oli 110 työntekijää. Kuhunkin yritykseen lähetettiin myös ylimääräisiä lomakkeita. Vastauksia viidestä yrityksestä tuli 51 kappaletta, joista yksi lomake jouduttiin ottamaan pois analyysia tehdessä. Vastausprosentti on tällöin pyöristettynä 46%. Vastanneista yrityksistä yksi oli mielenterveyden hoitotyön yritys ja neljä vanhustyön yrityksiä.

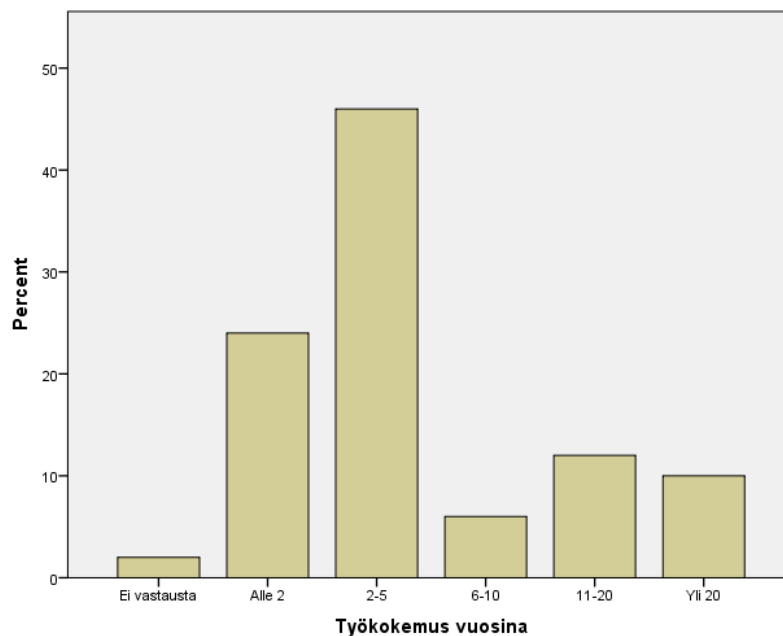
### 8.1 Vastaaajien taustatiedot

Analyysiin hyväksytyistä kyselylomakkeisiin vastanneista yksi henkilö oli sukupuoleltaan mies ja loput 49 naisia. Ikähaarukaltaan vastaajat olivat 19—64-vuotiaita, jolloin vastaajien keski-ikä oli pyöristettynä 42 vuotta. Vastaajien suurin ammattiryhmä koostui lähihoitajista, sillä heitä oli 72% (n=36) vastaajista. Perushoitajia oli 10% (n=5), sairaanhoitajia 6% (n=3) ja terveydenhoitajia 4% (n=2) vastaajista. Muita ammattinimikkeen edustajia oli 4% (n=2). Mukana oli myös yksi geronomi (2%) ja yksi sosionomi (2%).

Vanhukset olivat työyksiköiden suurin asiakasryhmä, sillä vastaajista 90% (n=45) kertoi työskentelevänsä pääsääntöisesti vanhusten parissa. Vastaavasti mielenterveysasiakkaiden parissa työskenteleviä oli siis 10% (n=5) vastaajista. Joissain lomakkeissa oli ympyröity molemmat vastausvaihtoehdot, jolloin vastaus päätettiin työyksikön tiedetyn pääasiakasryhmän perusteella.

Työkokemusta kyseisissä työyksiköissä oli alle 2 vuotta 24%:lla (n=12) vastaajista ja 2-5 vuotta 46%:lla vastaajista (n=23). Vastaajista 6%:lla (n=3) oli työkokemusta kyseisessä yksikössä 6-10 vuotta, 11-20 vuotta vastaajista 12%:lla (n=6) ja yli 20 vuotta 10%:lla (n=5) vastaajista. Vastaajista 2% (n=1) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 2.)





Kuvio 2. Vastaajien työkokemus vuosina omissa työyksiköissään.

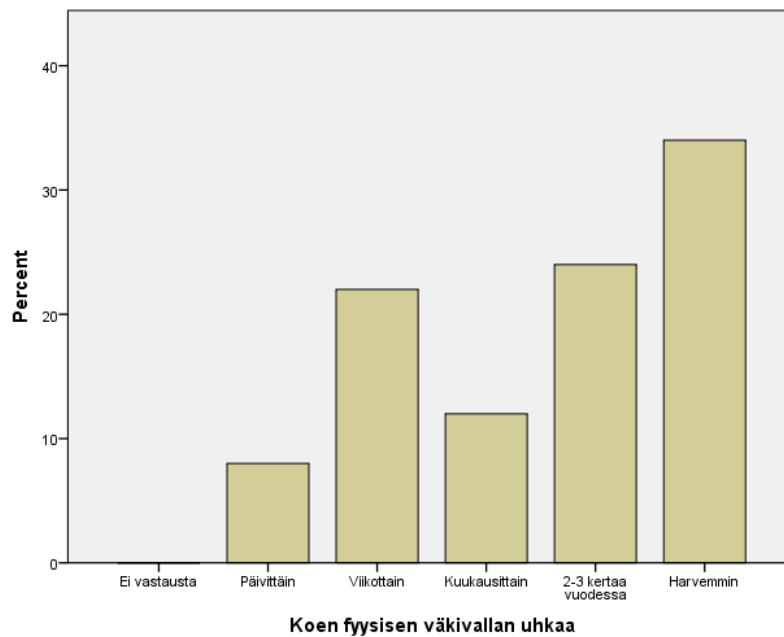
## 8.2 Määrällisen aineiston tulokset

Määrällinen vastausmateriaali kerättiin Likert-asteikkoa mukailevilla kysymyksillä. Näitä kysymyksiä oli yhteensä kolme kappaletta, mutta kaksi niistä oli jaettu useaksi eri kohdaksi. Kysymyksessä seitsemän kohtia oli yhdeksän, kysymyksessä kahdeksan niitä oli vastaavasti kymmenen. Likert-tyyppisiä kysymyksiä olivat kysymykset kuudesta kahdeksaan. Kysymyksessä kuusi vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, viikoittain, kuukausittain, 2—3 kertaa vuodessa sekä harvemmin. Kysymyksessä seitsemän vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en samaa enkä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Kysymyksessä kahdeksan vastausvaihtoehdot olivat ei koskaan, harvoin, silloin tällöin, melko usein sekä usein.

### 8.2.1 Kokemukset fyysisestä väkivallasta

Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein he kokevat fyysisen väkivallan uhkaa. Vastaajista 8% (n=4) vastasi kokevansa fyysisen väkivallan uhkaa päivittäin. Viikoittain uhkaa

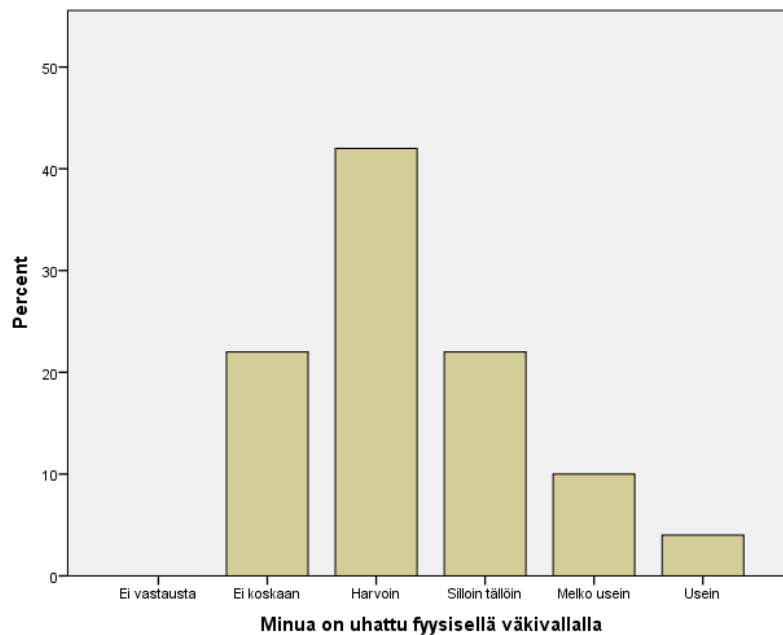
koki vastaajista 22% (n=11) ja kuukausittain 12% (n=6). Toiseksi suurin määrä vastaajista eli 24% (n=12) vastasi kokevansa fyysisen väkivallan uhkaa vain 2—3 kertaa vuodessa. Suurin osa vastaajista eli 34% (n=17) vastasi kokevansa uhkaa tätä harvemmin. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien kokema fyysisen väkivallan uhka.

Seuraavaksi kartoitettiin vastaajien saamia fyysisiä vammoja väkivallasta. Suurin osa eli 58% (n=29) vastaajista koki olevansa täysin eri mieltä, eli eivät olleet saaneet fyysisiä vammoja väkivallan seurauksena. Jokseenkin eri mieltä oli 12% (n=6) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli 14% (n=7) ja vastaajista toiseksi suurin osa eli 16% (n=8) koki olevansa täysin samaa mieltä, eli he olivat saaneet fyysisiä vammoja väkivallan seurauksena.

Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein heitä on uhattu fyysisellä väkivallalla. Vastaajista 22% (n=11) ei ole koskaan tullut fyysisellä väkivallalla uhatuksi. Suurin osa vastaajista eli 42% (n=21) vastasi tulevansa uhatuksi vain harvoin. Vastaajista 22% (n=11) vastasi kokevansa uhkailua silloin tällöin. Melko usein fyysisellä väkivallalla uhkailua koki 10% vastaajista (n=5) ja usein vain 4% vastaajista (n=2). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Vastaajien kokemus fyysisellä väkivallalla uhkailusta.

Seuraavaksi selvitettiin, kuinka usein vastaajia kohtaan on käytetty fyysistä väkivaltaa. Vastaajista 38% (n=19) ei ollut kokenut koskaan fyysistä väkivaltaa. Harvoin sitä oli kokenut 28% (n=14) vastaajista. Puolestaan 18% (n=9) oli kokenut sitä silloin tällöin ja 12% (n=6) melko usein. Usein fyysistä väkivaltaa oli kokenut 4% (n=2) vastaajaa.

### 8.2.2 Kokemukset henkisestä väkivallasta

Vastaajista 12% (n=6) koki kysyttäessä henkisen väkivallan uhkaa viikoittain ja yhtä moni vastanneista koki kyseistä uhkaa kuukausittain. Kahdesta kolmeen kertaan vuodessa henkisen väkivallan uhkaa koki 16% (n=8) vastaajista. Harvemmin uhkaa koki 60% (n=30) vastaajista.

Seuraavassa kysymyksessä kartoitettiin vastaajien kokemaa henkistä kärsimystä henkisestä väkivallasta johtuen. Valtaosa eli 56% (n=28) vastaajista oli täysin eri mieltä, eli he eivät kokeneet henkistä kärsimystä kyseisestä väkivallasta. Vastaajista 14% (n=7) oli jokseenkin eri mieltä, 18% (n=9) vastaajista ei ollut samaa eikä

eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä oli 10% (n=5) vastaajista ja selkeä vähemmistö eli 2% (n=1) vastaajista oli täysin samaa mieltä.

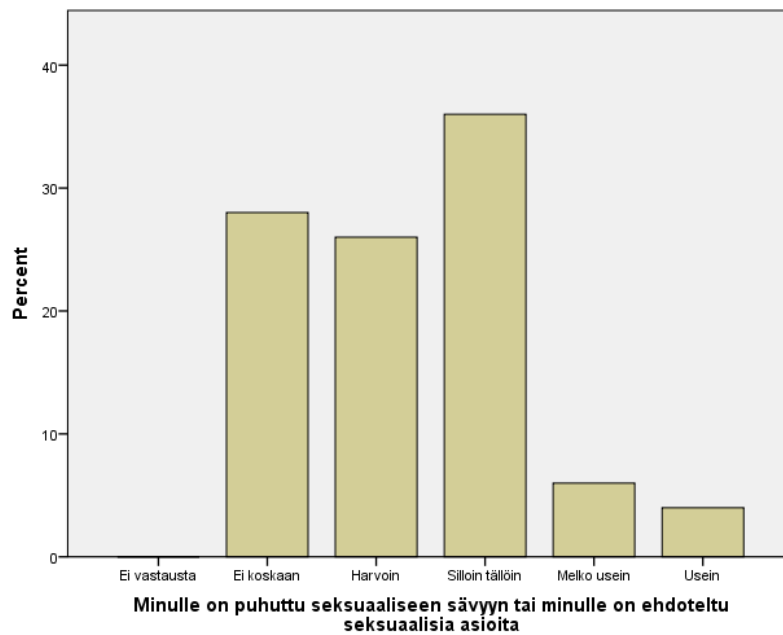
Seuraavaksi selvitettiin, kuinka usein työntekijät olivat joutuneet henkisen väkivallan uhriksi. Vastaajista 44% (n=22) ei ollut koskaan joutunut henkisen väkivallan uhriksi. Harvoin uhriksi joutuneita oli kyselyn mukaan 26% (n=13) ja silloin tällöin 22% (n=11). Usein henkisen väkivallan uhriksi oli joutunut 4% (n=2). Vastaajista 2% (n=1) ei ollut vastannut kysymykseen.

Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein henkisen väkivallan aiheuttaja on ollut kyseisen työyksikön henkilökunnan jäsen. Ei koskaan vastasi suurin osa eli 66% vastaajista (n=33), harvoin vastasi 22% (n=11), silloin tällöin 6% (n=3), melko usein 2% (n=1) ja usein vastasi 4% (n=2) vastaajista.

### **8.2.3 Kokemukset seksuaalisesta väkivallasta**

Tutkittaessa työntekijöiden kokemuksia seksuaalisesta väkivallasta selvisi, että vastaajista 2% (n=1) koki seksuaalisen väkivallan uhkaa päivittäin ja saman verran koki sitä viikoittain. Kuukausittain kyseistä uhkaa koki 4% (n=2) vastaajista. Kahdesta kolmeen kertaan vuodessa seksuaalisen väkivallan uhkaa koki 12% (n=6). Vastanneista 78% (n=39) koki seksuaalisen väkivallan uhkaa tätä harvemmin. Vastaajista 2% (n=1) ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan.

Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin, kuinka usein työntekijöille oli puhuttu seksuaaliseen sävyyn tai ehdoteltu seksuaalisia asioita. Toiseksi suurin vastaajamäärä eli 28% (n=14) ei kokenut seksuaalista puhuttelua tai ehdottelua koskaan. Harvoin kyseistä käytöstä koki 26% vastaajista (n=13). Suurin osa vastaajista eli 36% (n=18) kertoi kokevansa vastaavaa käytöstä silloin tällöin. Vastaajista 6% (n=4) vastasi kokevansa seksuaalista puhuttelua ja ehdottelua melko usein ja 4% (n=2) vastaajista usein. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien kokemukset asiakkaiden seksuaalisista puheista ja ehdotte-  
luista.

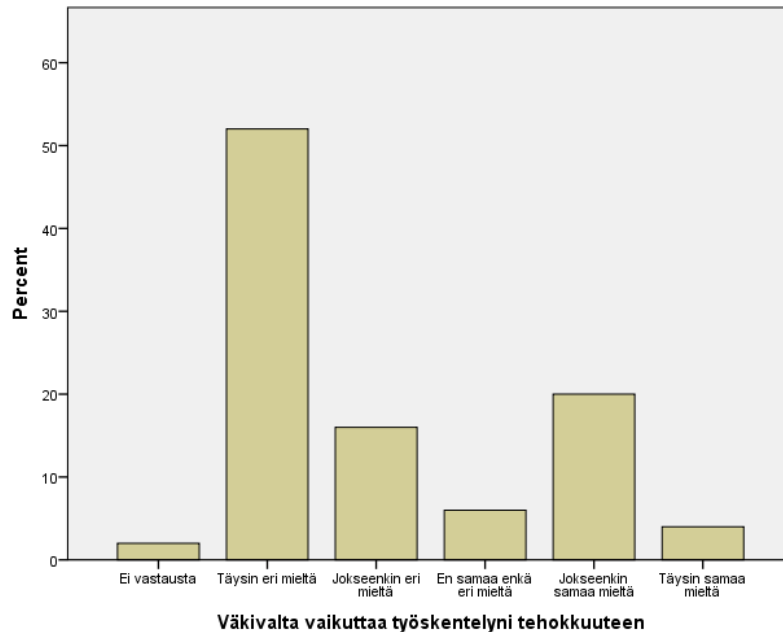
Työntekijöiden kokemaa seksuaalista väkivaltaa selvitettiin myös kysymyksellä siitä, kuinka usein työntekijöitä on kosketettu seksuaalisesti työpaikallaan. Vastaa-  
jista 54% (n=27) vastasi, että heitä ei ole koskaan kosketettu seksuaalisesti kyseisellä  
työpaikalla. Vastaaajista 28% (n=14) vastasi kokevansa tällaista harvoin, silloin täl-  
löin koki 14% (n=7) ja melko usein koki 4% (n=2) vastaajista.

Kyselylomakkeella selvitettiin myös työntekijöiden kokemaa väkivaltaa työpaikan  
henkilökunnan taholta. Vastaukset olivat selkeästi kielteisiä, sillä suurin osa eli 96%  
(n=48) ei ollut kokenut seksuaalista väkivaltaa muun henkilökunnan toimesta. Har-  
voin seksuaalista väkivaltaa henkilökunnalta vastasi kokeneensa 2% (n=1) ja vas-  
taajista 2% (n=1) ei ollut vastannut kysymykseen.

#### 8.2.4 Kokemukset väkivallan vaikutuksesta työolosuhteisiin

Työntekijöiltä kysyttiin väkivallan vaikutusta työskentelyn tehokkuuteen. Suurin osa  
eli 52% (n=26) vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä, eli ei kokenut väki-  
vallan vaikuttavan työskentelynsä tehokkuuteen millään tavalla. Jokseenkin eri  
mieltä oli 16% (n=8) vastaajista, ei samaa eikä eri mieltä oli 6 % (n=3) vastaajista ja

toiseksi suurin vastaajamäärä eli 20% (n=10) oli jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä oli vain 4% (n=2) vastaajista. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Väkivallan vaikutus työskentelyn tehokkuuteen.

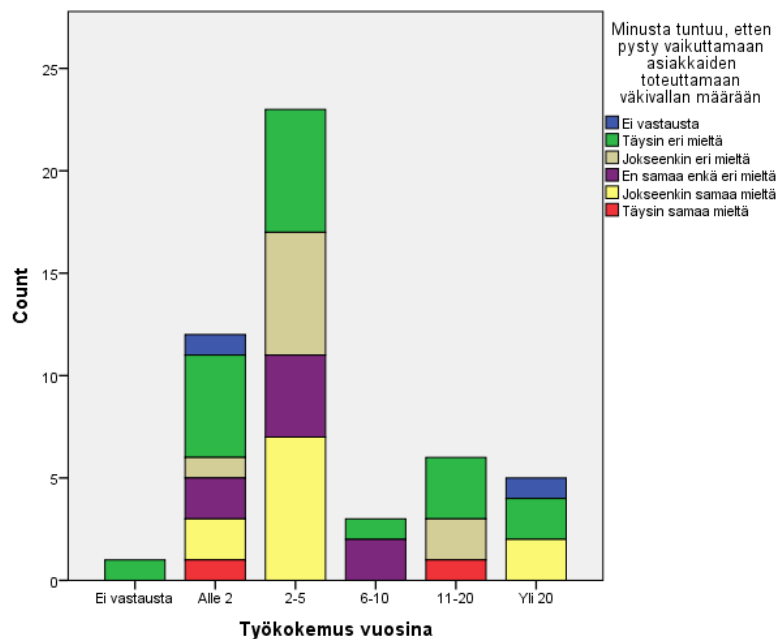
Tutkimus selvitti, kokevatko vastaajat olevansa huonoja hoitajia heille sattuneen väkivallan takia. Täysin eri mieltä oli 78% (n=39) vastaajista, eli he eivät kokeneet väkivallan vaikuttavan ammatti-identiteettiinsä. Vastaajista 8% (n=4) oli jokseenkin eri mieltä, kaksi prosenttia (n=1) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli 8% (n=4) vastaajista. Vain 2% (n=1) vastaajista oli täysin samaa mieltä. Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta yksi henkilö (2%).

Suurin osa vastaajista eli 72% (n=36) ei ollut harkinnut alan vaihtoa työssä sattuneen väkivallan uhan takia eli he vastasivat olevansa täysin eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 12% (n=6) oli jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä oli 6% (n=3) ja jokseenkin samaa mieltä oli 8% (n=4) vastaajista. Selvästi pienin osa vastanneista eli 2% (n=1) kertoi olevansa täysin samaa mieltä, eli oli harkinnut alan vaihtoa väkivallan uhan vuoksi.

Seuraavassa kysymyksessä kartoitettiin, kokevatko vastaajat, etteivät he pysty vaikuttamaan asiakkaiden toteuttamaan väkivallan määrään. Suurin osa vastaajista eli 36% (n=18) vastasi olevansa väittämän kanssa täysin eri mieltä, eli uskoivat pystyvänsä vaikuttamaan väkivallan määrään. Jokseenkin eri mieltä oli 18% vastaajista (n=9), ei samaa eikä eri mieltä 16% vastaajista (n=8). Toiseksi suurin vastaajamäärä eli 22% (n=11) oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Täysin samaa mieltä oli vain 4% vastaajista (n=2) ja kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen (4%).

Yksi henkilö ei ollut vastannut työkokemuksen määrää koskevaan kysymykseen. Alle kaksi vuotta kyseisissä työyksiköissä työskennelleistä vastaajista 8,3% (n=1) oli täysin samaa mieltä eli he eivät kokeneet pystyvänsä vaikuttamaan mitenkään asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään. Jokseenkin samaa mieltä olivat 16,6% (n=2) vastaajista ja saman verran ei osannut vastata kysymykseen. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 8,3% (n=1). Suurin osa vastaajista 41,7% (n=5) oli täysin eri mieltä eli he kokivat pystyvät vaikuttamaan asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään. Vastaajista 8,3% (n=1) ei vastannut kysymykseen.

Kahdesta viiteen vuotta työskennelleistä 30,4% (n=7) oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä, eli he kokivat voivansa jokseenkin vaikuttaa asiakkaiden väkivallan määrään. Vastaajista 17,4 % (n=4) ei ollut väittämän kanssa samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 26,1% (n=6) ja saman verran oli täysin eri mieltä. Kuudesta kymmeneen vuotta työskennelleistä 33,3% (n=1) koki voivansa vaikuttaa asiakkaiden toteuttamaan väkivaltaan ja heistä 66,7% (n=2) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Työkokemusta 11—20 vuotta kyseisissä työyksiköissä omaavista vastaajista 16,7% (n=1) olivat täysin samaa mieltä eli he eivät kokeneet pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään. Vastanneista 33,3% (n=2) oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä ja puolet vastanneista (n=3) oli täysin eri mieltä. He kokivat siis pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään. Yli 20 vuotta kyseisessä työyksikössä töissä olleista vastaajista 40% (n=2) väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä ja saman verran vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä, eli he kokivat voivansa vaikuttaa asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään. Vastaajista 20% (n=1) ei ollut vastannut kysymykseen. (Kuvio 7.)

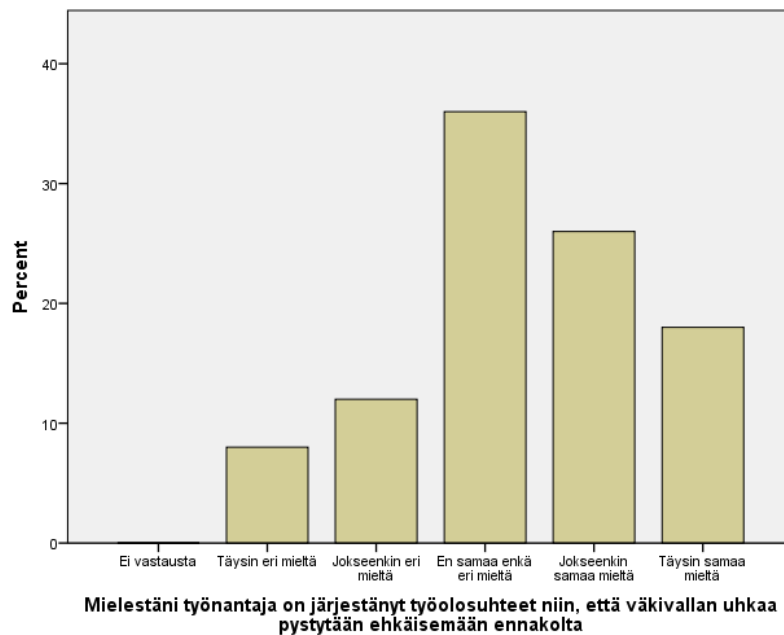


Kuvio 7. Vastaajien kokemus asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään vaikuttamisesta.

Seuraavaksi kartoitettiin, uskaltavatko vastaajat ottaa väkivaltatilanteet puheeksi tai kertoa niistä esimiehelle. Tässä kysymyksessä vastaajat kallistuivat selkeästi myönteiselle puolelle, sillä kielteisiä vastauksia ei ollut yhtäkään. Vastaajista 6% (n=3) ei sanonut olevansa samaa eikä eri mieltä, mutta jokseenkin samaa mieltä oli 12% vastaajista (n=6) ja suurin osa eli 81% (n=41) vastaajista oli täysin samaa mieltä.

Vastaajilta kysyttiin heidän kokemustaan siitä, onko työnantaja järjestänyt heidän työolosuhteensa tarpeeksi väkivallan uhkaa ennakoiduksi. Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli 8% (n=4) vastaajista ja jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 12% (n=6). Suurin osa eli 36% (n=18) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Seuraavaksi suurin joukko eli 26% (n=13) oli jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä oli 18% (n=9). (Kuvio 8.)



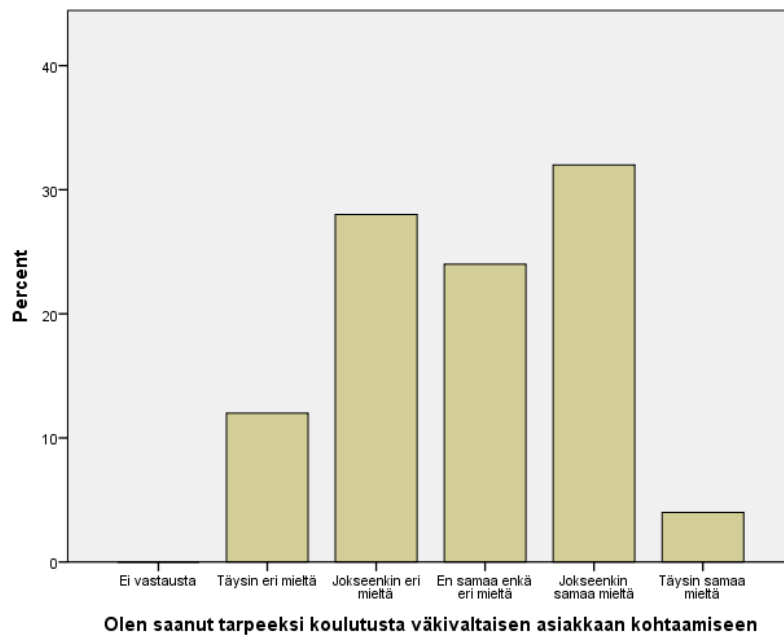


Kuvio 8. Vastaajien kokemus esimiehen järjestämisestä työolosuhteista väkivaltaisuuden ehkäisemiseksi.

Yhden kysymyksen avulla selvitettiin, onko työntekijöiden vaikea lähteä töihin siellä tapahtuvan väkivallan vuoksi. Vastaajista 84% (n=42) ei kokenut tällaisia väkivallan vaikutuksia koskaan. Vastaajista 12% (n=6) kärsi tästä vain harvoin. Kaksi prosenttia (n=1) koki silloin tällöin töihin lähdön vaikeaksi ja saman verran vastaajista eli 2% (n=1) koki sen usein vaikeaksi.

Vastaajilta kysyttiin, murehtivatko he töissä sattunutta väkivaltaa kotonakin. Suurin osa vastaajista eli 74% (n=37) ei murehtinut koskaan töissä sattunutta väkivaltaa kotona. Harvoin väkivaltaa murehti kotonaan 16% (n=8) vastaajista. Silloin tällöin kotona murehti 8% (n=4) ja melko usein vastaajista 2% (n=1) murehti töissä sattunutta väkivaltaa kotonaan.

Työntekijöiltä kysyttiin, ovatko he omasta mielestään saaneet tarpeeksi koulutusta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen. Täysin eri mieltä oli 12% (n=6) vastaajista. Toiseksi eniten vastaajista eli 28% (n=14) oli jokseenkin eri mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli vastaajista 24% (n=12). Enemmistö eli 32% (n=16) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja vain 4% (n=2) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 9.)

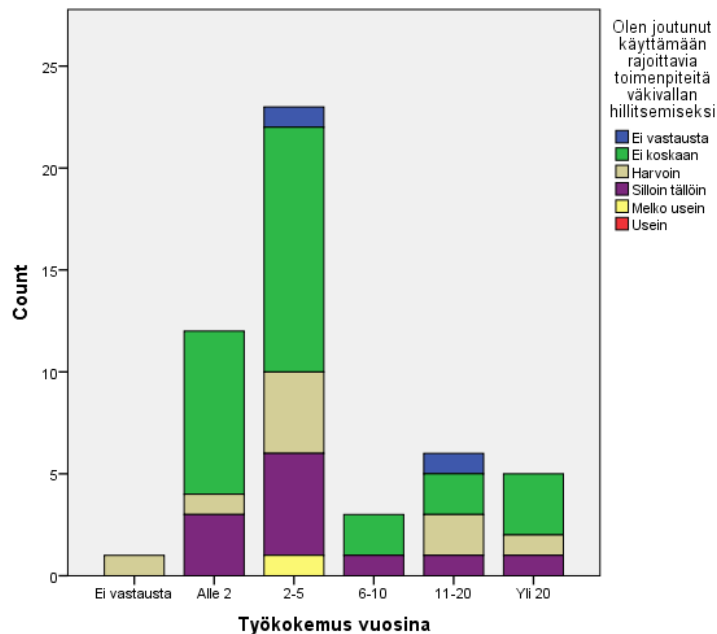


Kuvio 9. Vastaajien kokemus koulutuksen riittävydestä väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.

Kyselyssä selvitettiin, kuinka usein työntekijät ovat joutuneet käyttämään rajoittavia toimenpiteitä väkivallan hillitsemiseksi. Suurin osa eli 54% (n=27) ei ollut joutunut koskaan käyttämään rajoittavia toimenpiteitä väkivallan hillitsemiseksi. Vastaajista 18% (n=9) oli joutunut harvoin ja 22% (n=11) silloin tällöin väkivaltaa rajoittaviin toimiin. Melko usein tällaisiin toimenpiteisiin oli joutunut turvautumaan 2% (n=1). Neljä prosenttia (n=2) ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Näitä tuloksia verrattiin työntekijöiden työkokemuksen määrään kyseisissä työyksiköissä. Alla oleva kuvio havainnollistaa työntekijöiden työkokemuksen ja rajoittavien toimien käytön suhdetta. (Kuvio 9.)

Alle 2 vuotta työkokemusta omaavista työntekijöistä 33,3% (n=4) olivat käyttäneet rajoittavia toimenpiteitä silloin tällöin tai harvoin ja 66,7% (n=8) eivät olleet käyttäneet ollenkaan. Kahdesta viiteen vuoteen työkokemusta omaavista vastaajista 43,5% (n=10) olivat käyttäneet toimia ja 52,2% (n=12) eivät ja kysymykseen vastamatta jättäneitä oli 4,3 (n=1). Vain yksi (4,3%) rajoittavia toimia käyttäneistä oli käyttänyt niitä melko usein. Kuudesta kymmeneen vuotta työskennelleistä 33,3% (n=1) olivat käyttäneet rajoittavia toimenpiteitä ja heistä 66,7 (n=2) eivät olleet. Työkokemusta 11-20 vuotta omaavista työntekijöistä puolet (n=3) olivat käyttäneet rajoittavia

toimenpiteitä, 33,3% (n=2) eivät olleet ja 16,7% (n=1) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Yli 20 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 40% (n=2) olivat käyttäneet rajoittavia toimenpiteitä silloin tällöin tai harvoin väkivallan hillitsemiseksi ja 60% (n=3) eivät olleet niitä käyttäneet. Yksi vastaaja ei ollut vastannut työkokemusta kartoittavaan kysymykseen. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Väkivaltaa rajoittavien toimenpiteiden käyttäminen verrattuna vastaajien työkokemukseen kyseisessä yksikössä.

### 8.3 Laadullisen aineiston tulokset

Laadullinen vastausmateriaali koostui kyselylomakkeiden kolmesta viimeisestä kysymyksestä, jotka olivat avoimia. Vastaukset käytiin läpi ja niistä poimittiin yhtenäisiä teemoja. Suoria lainauksia ei käytetty, jotta vastaajat pysyvät anonyymeina. Useat vastaajat olivat kirjoittaneet hyvin henkilökohtaisia asioita väkivaltakokemuksistaan. Kaikki vastaajat eivät vastanneet avoimiin kysymyksiin.

### 8.3.1 Työntekijöiden eniten kokema väkivalta

Työntekijät kokivat eniten fyysistä väkivaltaa, jota he kokivat vain asiakkaiden taholta. Enimmäkseen fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa työntekijät kokivat muistisairaiden vanhusten taholta. Mielenterveyspotilaiden toteuttama väkivalta kuvattiin arvaamattomaksi. Yleensä väkivaltatilanteet tapahtuivat hoitotilanteissa. Tällaista fyysistä väkivaltaa olivat esimerkiksi lyöminen, kiinni tarttuminen, potkiminen, pureminen, nipistely sekä raapiminen. Väkivallan uhkaa koettiin, kun asiakas tuli liian lähelle hoitajaa. Seksuaalista väkivaltaa ilmeni selkeästi vähiten ja sitä koettiin vain asiakkaiden taholta. Seksuaalisen väkivallan tyyppejä olivat koskettelu sekä seksuaaliset puheet. Henkinen väkivalta asiakkaiden taholta oli pääsääntöisesti haukkumista.

Kaikkein eniten henkistä väkivaltaa työntekijät kokivat toisten työntekijöiden taholta. Erikseen mainittiin johdon toteuttama henkinen väkivalta. Henkisen väkivallan esimerkkejä työyhteisön taholta olivat narsistinen käyttäytyminen, selän takana puhuminen, valehtelu, perättömien huhujen levittäminen, omien työtehtävien siirtäminen toisille työntekijöille sekä painostaminen ja kostaminen, jos ei suostunut tekemään toisen työtehtäviä. Vain kaksi vastanneista ei ollut kokenut henkistä väkivaltaa.

### 8.3.2 Haitallisimmaksi koettu väkivallan tyyppi

Haitallisimmaksi itselleen työntekijät kokivat fyysisen väkivallan, mutta henkinen väkivalta tuli heti toisena yhden vastaajan erolla. Fyysisen väkivallan koki haitallisimmaksi 17 vastaajaa ja henkisen väkivallan 16 vastaajaa. Seksuaalisen väkivallan koki haitallisimmaksi yhdeksän vastaajaa. Viisi vastaajaa kertoi, että väkivalta ei ole ollut erityisen haitallista. Kaksi vastaajaa piti kaikkia kolmea väkivallan muotoa yhtä haitallisina. Neljätoista vastaajaa vastasi, että väkivalta ei ollut vaikuttanut mitenkään heidän henkiseen tai fyysiseen hyvinvointiinsa.

Osa vastaajista kertoi myös tarkemmin väkivallan tyyppin lisäksi, millaisen väkivallaisen käytöksen ovat kokeneet itselleen haitallisimmaksi. Näitä olivat kiinni tarttuminen, lähelle tulo, koskettelu ja seksuaalissävytteiset puheet.

### **8.3.3 Väkivallan vaikutus henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin**

Vastaajien henkiseen hyvinvointiin väkivalta vaikutti eri tavoin. Henkisestä väkivallasta seuranneita tunteita olivat ärtymisen, loukkaantumisen sekä vihan tunteet. Muita vastauksia olivat esimerkiksi väsymyksen lisääntyminen, yöunien häiriintyminen, pelko töihin menemisestä sekä asiakkaan asunnon läheisyydessä olemisesta, väkivallan negatiivinen vaikutus itsetuntoon ja työmotivaatioon, voimavarojen kuluminen ja ahdistus. Henkisen väkivallan muodoiksi mainittiin muun muassa uhkailu, haukkuminen, henkilökohtaisuuksiin meno, seksuaalissävytteiset puheet sekä työkavereiden taholta tullut henkinen väkivalta. Varsinkin muulta henkilökunnalta koettu henkinen väkivalta koettiin huonoa työilmapiiriä aiheuttavaksi.

Fyysiseen hyvinvointiin väkivalta vaikutti vastaajilla myös eri tavoin. Fyysisestä väkivallasta koettuja haittoja olivat mustelmat, naarmut, kipu ja muut fyysiset vauriot. Väkivallasta itsessään toteutui lähinnä lyömisenä, potkimisena, raapimisena, kiinni tarttumisenä ja nipistelynä. Yhdeksi väkivallan välttämisen keinoksi mainittiin väkivaltaisten asiakkaiden välttely sekä varovaisuus kyseisten asiakkaiden läheisyydessä, ettei väkivaltaisia tilanteita pääsisi syntymään.

Väkivaltatilanteet vaikuttivat hoitotilanteisiin varovaisuutena, välttelynä ja stressinä. Pari vastaajaa kertoi, että he suhtautuivat väkivaltatilanteisiin ammattimaisesti tai osoittivat, ettei moinen käytös ole suotavaa kyseisessä hoitoyksikössä. Väkivallasta aiheutuneen pahan olon purkamisen keinoja olivat itkeminen ja työkavereille puhuminen. Ainoana positiivisena seikkana mainittiin, että työntekijä on vahvistunut tällaisten väkivaltakokemusten myötä.

## 9 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

### 9.1 Tutkimustulokset fyysisestä väkivallasta

Kyselylomakkeiden tuloksia tarkasteltaessa oli positiivista huomata, että osa vastaajista ei ollut kokenut väkivaltaa tai koki sitä hyvin harvoin. Koska aiheesta ei varsinaisia tilastoja ole, on vaikea sanoa, onko väkivalta lisääntynyt. Tätä vaikeuttaa myös se, että tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä. Tulosten perusteella väkivalta on selvästikin yleistä naisvaltaisilla aloilla, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu (Manka 2014; Sandelin 2007, 20).

Vastaajat kokivat väkivallan muodoista eniten fyysistä väkivaltaa. Fyysinen väkivalta koettiin väkivallan tyypeistä myös haitallisimmaksi. Kiinni pitäminen mainittiin avointen kysymysten vastauksissa ja se koettiin tämän tyyppisen väkivallan haitallisimmaksi muodoksi. Fyysistä väkivaltaa oli koettu vain asiakkaiden taholta ja yleensä nämä väkivaltatilanteet olivat tapahtuneet hoitotilanteissa. Onkin tutkittu, että väkivaltaa ilmenee usein asiakkaan taholta tilanteissa, joissa hänen itsemääräämisoikeuttaan rajataan (Pitkänen ym. 2005, 240). Tosin kyselylomakkeessa ei selvinnyt, että millaisista hoitotilanteista oli ollut väkivaltatilanteissa kysymys. Muistisairaat oli koettu eniten fyysistä väkivaltaa toteuttavana ryhmänä. Käytöshäiriöt kuuluvatkin usein dementoituneen taudinkuvaan, sillä niistä kärsii 90% muistisairaista (Saarnio ym. 2011, 47; Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä 21.9.2016). Tällaiseen haasteelliseen käytökseen voi liittyä väkivaltaisuus (Eriksson & Saveman 2002, 81.) Vastaajat kokivat fyysistä väkivaltaa myös mielenterveysasiakkaiden taholta. He kuvailivat mielenterveysasiakkaita arvaamattomiksi. Tällaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa (Tiihonen ym. 2009, 4), joiden mukaan väkivaltatilanteita ei pystytäkään aina ennakoimaan tuttujenkaan asiakkaiden kohdalla. Saman tutkimuksen mukaan väkivaltaisuus ja aggressiivisuus ovat usein selitettävissä diagnoosilla mielenterveyssairaudesta.

Yhteensä 58% vastaajista koki väkivallan uhkaa 2—3 kertaa vuodessa tai tätä harvemmin. Tulos on siis positiivinen, mutta täytyy kuitenkin muistaa, että merkittävä

prosenttimäärä vastaajista koki väkivaltaa vähintään kuukausittain ja jotkut jopa päivittäin. Vastaajista 42% oli uhattu fyysisellä väkivallalla harvoin ja 22% vastaajista ei ollut tullut uhatuksi lainkaan väkivallalla.

Suurin osa vastaajista eli 38% ei ollut kokenut varsinaista fyysistä väkivaltaa. Harvoin sitä oli kokenut 28% vastaajista. Loput 34% olivat kokeneet fyysistä väkivaltaa useammin. Suurin osa vastaajista eli 58% ei ollut kokenut saaneensa koskaan fyysisiä vammoja väkivallan seurauksena, mutta 16% oli puolestaan saanut fyysisiä vammoja, joka oli kysymyksen toiseksi eniten vastattu vaihtoehto. On positiivista, että suurin osa vastaajista ei ole saanut vammoja, mutta hyvin negatiivista on se, että kuitenkin 16% vastaajista oli saanut vammoja väkivallan seurauksena. Vastaajista 14% oli vastannut olevansa jokseenkin samaa mieltä eli oli saanut jonkin verran vammoja. Tällaisia fyysisiä vammoja olivat naarmut, mustelmat ja kipu. Laadullisten kysymysten avulla selvisi, että fyysinen väkivalta aiheutti vastaajille vammojen lisäksi henkisiä haittoja. Väkivaltatilanteet vaikuttivat työntekijöiden käyttäytymiseen siten, että he välttelivät kyseisiä tilanteita ja väkivaltaisia asiakkaita. Tällaista välttelyä on ilmennyt edeltävissäkin tutkimuksissa (Pitkänen ym. 2005, 244—245). Opinäytetyön tutkimustulokset olivat siis tältä osin vastaavia edellisten tutkimusten kanssa (Fyysinen väkivalta, [viitattu 29.3.2018]; World Health Organization 2014, 15). Fyysistä väkivaltaa tutkittaessa joka kysymyksen suurin vastausprosentti kertoi väkivallan kokemisesta harvoin tai ei koskaan. Liian moni kuitenkin kokee fyysistä väkivaltaa työpaikallaan.

## 9.2 Tutkimustulokset henkisestä väkivallasta

Henkistä väkivaltaa tutkittaessa on saatu hyvin vastaavia tuloksia kuin edellisissäkin tutkimuksissa, sillä henkinen väkivalta oli yksi eniten esiintyvistä väkivallan muodoista hoitajia kohtaan. Vastaajista 44% ei ollut koskaan joutunut työpaikallaan henkisen väkivallan uhriksi. Harvoin oli joutunut 26% ja silloin tällöin 22%. Edellisissä tutkimuksissa tosin henkinen väkivalta on ollut yleisempää kuin fyysinen. Tämän opinäytetyön kohderyhmä oli kokenut hieman enemmän fyysistä väkivaltaa kuin henkistä. Kyselylomakkeen perusteella eniten sanallista henkistä väkivaltaa tuli

henkilökunnan taholta, joka on täysin vastaava tulos edellisiin tutkimuksiin verrattuna. Suurin osa vastaajista (66%) ei ollut kokenut henkistä väkivaltaa henkilökunnan taholta. Loput vastaajista olivat kuitenkin kokeneet väkivaltaa jonkin verran, joten henkistä väkivaltaa selvästi ilmeni henkilökunnan toimesta, sillä 34% työntekijöistä oli sitä kokenut. (Kvas & Seljak 2015, 179.) Edellisten tutkimusten mukaan 5—10% joutuu olemaan työpaikallaan kiusaamisen kohteena ja 32% suomalaisista naisista oli joutunut kokemaan työpaikallaan henkistä väkivaltaa (Hakojärvi ym. 2011, 163; Sinokki 2010, 1806). Kyselylomakkeen vastausprosentti oli siis hyvin vastaava edellisten tutkimusten kanssa, sillä kyselyyn osallistui vain yksi mieshenkilö. Oli huolestuttavaa huomata, kuinka paljon työntekijät kokivat henkistä väkivaltaa henkilökunnan taholta.

Osa vastaajista oli joutunut työpaikallaan kiusaamisen uhriksi. Kiusaaminen oli hyvin samanlaista, mitä oli havaittu edellisissäkin tutkimuksissa. Henkisen väkivallan muotoja olivat selän takana puhuminen, narsistinen käytös, valehtelu, huhujen levittäminen, kostaminen sekä työtehtävien siirtämisenä toisille työntekijöille. Asiakkaiden taholta henkinen väkivalta oli lähinnä haukkumista, uhkailua sekä henkilökohtaisuuksiin menoa. Kahdesta kolmeen kertaan vuodessa tai tätä harvemmin henkisen väkivallan uhkaa asiakkaiden taholta koki yhteensä 66% vastaajista ja yhteensä 24% koki sitä viikoittain tai kuukausittain.

Vastaajista 56% ei ollut kokenut henkistä kärsimystä henkisestä väkivallasta johtuen ja toiseksi suurin vastaajaprosentti ei ollut samaa eikä eri mieltä kysymyksen kanssa. Joukkoon mahtui siis myös vastaajia, jotka olivat joutuneet kärsimään henkisesti väkivallan vuoksi. Väkivaltakokemuksen aiheuttamia tunteita olivat ärtymys, viha sekä loukkaantuminen. Pitkäkantoisempia seurauksia olivat väsymys häiriintyneiden yöunien vuoksi, itsetunnon ja työmotivaation aleneminen, ahdistuneisuus sekä pelko. Työntekijöiden toteuttama väkivalta aiheutti huonoa työilmapiiriä. Nämä seuraukset vastasivat hyvin edeltävien tutkimusten tuloksia (Sinokki 2010, 1806).



### 9.3 Tutkimustulokset seksuaalisesta väkivallasta

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan seksuaalisen väkivallan uhkaa koettiin hoidotyössä varsin harvoin. Vastaajista 78% koki seksuaalisen väkivallan uhkaa harvemmin kuin 2-3 kertaa vuodessa. Eloniemi-Sulkavan ym. (27.3.2015) mukaan seksuaalinen häiriökäyttäytyminen onkin muistisairailta harvinaisempaa kuin muut muistisairaahan käytösoireet. Myös mielenterveystyön yksiköissä, joissa asukkaiden tila on vakaa, saattaa seksuaalinen häiriökäyttäytyminen olla harvinaisempaa, sillä kyseistä käytöstä esiintyy mielialahäiriöiden ja psykoosien aiheuttamana (Psykiatriset sairaudet ja seksuaalisuus, [viitattu 6.4.2018]).

Seksuaalisen väkivallan uhkakokemus saattoi olla pieni, mutta vastaajat kokivat silti seksuaalista väkivaltaa. Suurin osa vastaajista eli 36% kertoi kokevansa seksuaalista puhetta ja ehdottelua silloin tällöin, mikä on väkivallan uhkakokemusta yleisempää. Tästä huolimatta toiseksi suurin vastaajamäärä eli 28% ei kertonut koskaan kokeneensa seksuaalisia puheita tai ehdotteluja. Aavaluoman (2010, 239) mukaan vanhusen seksuaalisuus voi korostua muistisairauden myötä, jolloin myös seksuaalissävytteiset puheet lisääntyvät. Erot vastauksien välillä voivat olla työyksiköiden välisiä eroavaisuuksia, joihin voivat vaikuttaa asiakkaiden muistisairauden vaihe sekä se, onko yksikössä enemmän nais- vai miesasukkaita, sillä miehillä tällainen käytös on yleisempää (Eloniemi-Sulkava ym. 27.3.2015).

Vastaajat kokivat myös seksuaalista koskettelua varsin harvoin, sillä suurin osa eli 54% vastasi, ettei heitä ole koskaan koskettu seksuaalisesti. Tästä huolimatta myös 14% vastasi kokevansa koskettelua silloin tällöin ja 4% vastaajista kertoi kokevansa kyseistä käytöstä melko usein. Laadullisista vastauksista kävi ilmi, että yhdeksän vastaajaa koki nimenomaan seksuaalisen väkivallan itselleen haitallisimmaksi, mikä osoittaa, miten seksuaalinen väkivalta voi olla hyvinkin haitallista, vaikka sitä esiintyykin harvoin (Seksuaalinen väkivalta 2017). On mielenkiintoista, miten väkivallan esiintyminen on ristiriidassa väkivallan uhkakokemuksen kanssa. Tämä voi selittyä sillä, että varsinaiset seksuaalisen väkivallan tilanteet ovat yllättäviä, eikä niitä osata tällöin edes pelätä.

Vaikka seksuaalista väkivaltaa olikin koettu asiakkaiden taholta, vain 2% vastaajista kertoi kokevansa sitä harvoin henkilökunnan taholta. Vastaavasti 96% vastaajista

kertoi, ettei ollut koskaan kokenut seksuaalista väkivaltaa muilta henkilökunnan jäseniltä. Tämä on hyvä asia työhyvinvointia ajatellen, sillä seksuaalinen väkivalta loukkaa syvästi uhrin itsemääräämisoikeutta (Seksuaalinen väkivalta 2017). Tällaisen kokeminen henkilökunnalta voisi siis olla erityisen haavoittavaa, sillä henkilökunnan osalta käytöstä ei välttämättä voida selittää muistisairauden tai mielenterveyshäiriön käytösongelmilla.

#### **9.4 Tutkimustulokset väkivallan vaikutuksesta työolosuhteisiin**

Opinnäytetyön tutkimuksessa selvitettiin, miten väkivalta vaikutti työntekijöiden työolosuhteisiin. Ensimmäiseksi selvitettiin, kokivatko vastaajat, että väkivalta vaikuttaa heidän työskentelynsä tehokkuuteen. Suurin osa, eli 56% vastaajista, ei kokenut väkivallasta olevan heidän tehokkuudelleen haittaa. Tästä huolimatta 20% vastaajista eli toiseksi suurin määrä vastasi, että koki väkivallan vaikuttavan jonkin verran työskentelyn tehokkuuteen. Pitkäsen ym. (2005, 244—245) mukaan väkivallan uhriksi joutunut työntekijä saattaa vältellä hoitotilanteita, joissa väkivaltaa on sattunut. Tämä käy ilmi myös laadullisesta vastausmateriaalista, sillä vastaajat kertoivat olevansa varovaisempia tietyissä hoitotilanteissa tai jopa välttelevänsä tiettyjä asiakkaita.

Positiivista oli huomata, että vastaajista suurin osa eli 78% ei kokenut lainkaan olevansa huono hoitaja heille sattuneen väkivallan takia. Vain yksi vastaaja koki olevansa väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Loput vastaajista sijoittuivat tähän välimaastoon lukuun ottamatta yhtä, joka ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan. Pitkäsen ym. (2005, 244—245) mukaan todella moni hoitaja kokee syyllisyyttä väkivallan uhriksi joutumisesta, mutta tämä ei siis tullut ilmi opinnäytetyön tutkimustuloksista.

Alan vaihtoa työssä sattuneen väkivallan uhan takia ei myöskään ollut harkinnut 72% vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli kuitenkin 8% vastaajista ja täysin samaa mieltä yksi vastaaja. Tiihosen ym. (2009, 5) mukaan työssä sattunut väkivalta voi vaikuttaa työmotivaatioon. Tämä voi lisätä halua vaihtaa työpaikkaa tai jopa alaa, jos väkivaltaa sattuu muuallakin. Myös laadullisesta vastausmateriaalista kävi ilmi, miten väkivalta vaikutti vastaajien työmotivaatioon ja jopa itsetuntoon.

Vastaajat kokivat vastaajista suurimman osan eli 36%:n mukaan pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden toteuttamaan väkivallan määrään. Toiseksi suurin vastaajaryhmä eli 22% oli kuitenkin jokseenkin samaa mieltä siitä, etteivät he kokeneet pystyvänsä vaikuttamaan väkivallan määrään. Tämä on mielenkiintoista, sillä suurin osa (36%) ei vastannut olevansa samaa eikä eri mieltä siitä, oliko työnantaja heidän mielestään järjestänyt työolosuhteet väkivallan uhkaa ehkäiseviksi. Työpaikalla 2—5 vuotta työskennelleet vastaajat 30,4% (n=7) olivat kaikista eniten jokseenkin sitä mieltä, etteivät pysty vaikuttamaan väkivallan määrään töissä. Alle kaksi vuotta töissä olleilla oli kaikista eriävimmät mielipiteet väkivaltaan vaikuttamisesta, sillä heillä esiintyi kaikkia vastausvaihtoehtoja. Väkivaltaa voi olla vaikea ennakoida etenkin vanhus- ja mielenterveystyön yksiköissä, mutta työturvallisuuslain (L 23.8.2002/738, 5 luku, 27 §) mukaan työnantajan kuuluu järjestää työolosuhteet mahdollisimman väkivaltaa ja sen uhkaa ennakoida. Työntekijät kuitenkin uskaltautuvat ottaa väkivaltilanteet puheeksi työyhteisössä, sillä kukaan vastaaja ei vastannut kyseiseen väittämään negatiivisesti.

Koulutusta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen täytyisi lisätä, sillä tulosten mukaan vain 4% vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä siitä, että he ovat saaneet tarpeeksi koulutusta. Vastaajista 32% oli jokseenkin samaa mieltä, mutta jopa 28% koki olevansa jokseenkin eri mieltä. Myös täysin eri mieltä oli vastaajista enemmän kuin täysin samaa mieltä. Karpelan (2007, 21—24) mukaan koulutus onkin erittäin tärkeässä asemassa väkivaltilanteita ennakoidessa toiminnassa. Tämä myös tukee vastauksia siitä, miten työntekijät eivät kokeneet pystyvänsä vaikuttamaan töissä tapahtuvan väkivallan määrään tai olivat epävarmoja siitä, oliko työolosuhteet järjestetty tarpeeksi väkivaltaa ehkäiseviksi.

Väkivalta ei kuitenkaan vaikuttanut vastaajien kykyyn lähteä töihin, sillä suurin osa vastaajista eli 84% ei kokenut väkivallan vaikuttavan töihin lähtöön lainkaan. Vain yhteensä 4% koki töihin lähdön vaikeaksi joko silloin tällöin tai usein. Vastaajat eivät myöskään murehtineet väkivaltaa kotona, sillä 74% vastasi, ettei tehnyt tätä koskaan. Harvoin väkivaltaa murehti 16% vastaajista ja yhteensä 10% vastaajista murehti väkivaltaa joko silloin tällöin tai melko usein. Laadullisissa vastauksissa tuli ilmi, että työkavereille puhuminen auttaa väkivaltilanteiden purkamisessa, mikä on Mattilan (18.8.2010) mukaan tärkeää työperäisen stressin purkamisen kannalta.

Pääsääntöisesti työntekijät (54%) eivät olleet joutuneet käyttämään rajoittavia toimenpiteitä väkivallan hillitsemiseksi. Harvoin tai silloin tällöin tällaisiin toimiin oli joutunut turvautumaan yhteensä 40% työntekijöistä. Työntekijät, jotka olivat työskennelleet kyseisissä työyksiköissä 11—20 vuotta, olivat käyttäneet eniten rajoittavia toimenpiteitä suhteessa vastaajien määrään, sillä puolet heistä olivat käyttäneet rajoittavia toimenpiteitä. Kaikissa muissa työkokemusluokissa rajoittavia toimenpiteitä käyttäneitä oli selkeästi vähemmän, verrattuna saman verran työkokemusta omaaviin, jotka eivät olleet tällaisia toimenpiteitä joutuneet käyttämään. Vähiten rajoittavia toimenpiteitä olivat käyttäneet alle 2 vuotta sekä 6—10 vuotta työkokemusta omavat vastaajat.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön teossa tehtävät päätökset ja sen vaiheet on kirjattava tarkasti ylös sekä perusteltava, jotta opinnäytetyön luotettavuutta pystytään arvioimaan (Kananen 2011, 123). Tähän onkin pyritty panostamaan tässä opinnäytetyön prosessissa.

Opinnäytetyössä tutkittavat pk-yritykset olivat osallistuneet Taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville pk-yrityksille simulaation keinoin -hankkeeseen. Lupa tutkimukseen ja siitä saatuihin tietoihin pyydettiin kyseisiin yrityksiin lähetetyillä saatekirjeillä. Yrityksillä ja työntekijöillä oli oikeus lopettaa osallisuutensa tutkimukseen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa (Mäkinen 2006, 147). Opinnäytetyössä ei mainittu pk-yritysten nimiä.

Vastaaminen kyselylomakkeeseen oli vapaaehtoista, joten kyseisten pk-yritysten henkilöstöllä oli mahdollisuus jättää vastaamatta kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeilla ei selvitetty vastaajien henkilötietoja. Kyselylomakkeiden toimivuutta ja ymmärrettävyyttä testattiin ensin muutaman luokkalaisen toimesta. Pilottitutkimuksella testattiin kyselylomakkeen täyttämisen mielekkyyttä ja sen tarkoituksenmukaisuutta, jotta kaikki tarvittavat tiedot saatiin. Samalla pilottitutkimuksella testattiin tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Henkilöstöä ei houkuteltu opinnäytetyön tekijöiden toimesta vastaamaan kyselyyn. (Mäkinen 2006, 86—88.) Pilottitutkimuksen tekeminen on erityisen tärkeää, kun testataan uuden mittarin toimivuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191).

Määrällisen tutkimuksen hyvä puoli on myös se, että tutkijat eivät voi läsnäolollaan vaikuttaa kyselyn vastauksiin. Sama kysymysmuoto säilyy varmasti toteutettaessa määrällistä tutkimusta. Kyselyyn vastaaja voi kuitenkin jo etukäteen tutkailla kysymyksiä ja vastata kysymyksiin haluamassaan järjestyksessä, jolloin hänen vastauksensa voivat muuttua. Vaikka kyselylomaketta on testattu pilottitutkimuksella, voi silti olla vastaajia, jotka eivät ymmärrä kysymyksiä tai tulkitsevat ne väärin, jolloin tutkija ei pysty hänelle tarkentamaan kysymystä. Vastaaja voi vastata myös väärin, mikäli hän ei ole noudattanut ohjeita, jolloin tutkijan on arvioitava, onko kyseinen

kyselylomake kelvollinen opinnäytetyöhön. Määrällinen tutkimus ei mahdollista havainnointia. (Valli 2015, 44—45.) Vastausprosentin tulisi olla mahdollisimman korkea, jotta tietoa saataisiin mahdollisimman runsaalta joukolta, jolloin tutkimustulokset ovat luotettavampia (Valli 2015, 46).

Tutkimuksen aineistoa käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät sekä sitä ohjaavat opettajat toteuttaen lupauksiaan aineiston käytöstä. Vaitiolovelvollisuus sitoo opinnäytetyöntekijöiden toimintaa. Anonyymius voi rohkaista vastaajaa vastaamaan kyselyyn asioita, joista hän ei ole enemmin puhunut. (Mäkinen 2006, 114—116, 148.) Tutkimuksen aineisto talletetaan niin, että sivulliset eivät niihin käsiksi pääse. (Mäkinen 2006, 96.) Yksityiselle organisaatiolle tämän tyyppisessä tutkimuksessa mukana oleminen on suotavaa toteuttaa anonyymisti. Yksityiset yritykset ovat voittoa tavoittelevia organisaatioita, jotka myös kilpailevat keskenään. Voisi siis olla haitallista, jos yksityiset asiat tulisivat julkiseen tietoon. Koska tutkimus on opinnäytetyö, ei aineistoa tarvitse säilyttää niin, että kyseinen tutkimus voitaisiin toistaa. Aineiston analyysin ja tuotoksen valmistumisen jälkeen osa aineistosta voidaan siis tuhota. (Mäkinen 2006, 119—20.) Kaikki tutkimusmateriaali tulee säilyttää lukkojen takana, kunnes se hävitetään. Hankkeen jälkeen aineistoa tulee säilyttää vähintään viiden vuoden ajan.

Opinnäytetyön lähteitä tarkasteltiin lähdekriittisesti. Varsinkin, jos lähde oli yli kymmenen vuotta vanha, sen tarpeellisuutta ja pätevyyttä opinnäytetyöhön arvioitiin tarkasti. Pääasiassa lähteinä käytettiin tutkimusartikkeleita hoitotieteen lehdistä, joihin opinnäytetyössä asiallisesti viitattiin. (Mäkinen 2006, 128—130.) Englanninkielisten lähteiden kääntäminen on voinut aiheuttaa pieniä tulkintavirheitä, tähän on aina pieni riski, kun käännetään tekstiä toiselle kielelle.

Opinnäytetyön tekijät ottivat tutkijan roolin ja tutkivat aihetta objektiivisesti. Tekijän suojan takaamiseksi lähteitä käyttäessä opinnäytetyön tekstisisältö kirjoitettiin omin sanoin. Mikäli tutkimusten tekstejä käytettiin suoraan, niitä lainattiin sääntöjen mukaisesti. (Mäkinen 2006, 149, 158.) Työ tarkistettiin plagioinnin minimoimiseksi Urkund-ohjelmaa käyttäen. Myös tutkimustuloksia arvioitiin objektiivisesti. Tutkimustuloksia ei siis tulkittu siten, että saatiin tietynlainen haluttu vastaus. (Valli 2015, 147.) Tutkimuksen tulokset ilmaistiin niin kuin ne ovat, ilman vähättelyä tai tekaistuja seik-

koja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225). Avointen kysymysten tulkinnassa on voinut tulla eroavaisuuksia kahden opinnäytetyöntekijän kesken, jolloin niiden tulkinnassa on riski virheisiin. On myös mahdollista, että opinnäytetyön tekijät eivät ole osanneet tulkita vastauksia vastaajan tarkoittamalla tavalla. Tähän opinnäytetyöhön ei kirjoitettu suoria lainauksia kyselyn vastauksista, jotta vastaajien identiteetti ei paljastu.

Mittari on keskeisessä osassa arvioitaessa opinnäytetyön luotettavuutta. Mittarin tulee mitata haluttuja asioita ja sen tulee olla tarpeeksi kattava. Operationalisoinnin onnistuminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta saadaan luotettava mittari. Olisi hyvä käyttää jo valmiiksi hyväksi todettuja mittareita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Tässä opinnäytetyössä ei pystytty hyödyntämään jo valmista mittaria, sillä kattavaa sellaista ei tähän aiheeseen ollut. Ei voida olla täysin varmoja, täyttivätkö kyselyyn osallistuneet vastaajat kyselylomakkeen rauhassa ja itsenäisesti. Tässä opinnäytetyössä ei tutkittu mittarin vastaavuutta eikä pysyvyyttä, joten ei voida tietää, olisiko toinen mittaja saanut samansuuntaisia tuloksia. Tulokset eivät siis ole yleistettävissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195—196.)

Yksi opinnäytetyön vastattu kyselylomake jouduttiin hylkäämään, sillä kyseisessä kyselylomakkeessa vastaaja ei ollut vastannut kaikkiin kysymyksiin ja hän oli lisännyt vastausvaihtoehtoja kohderyhmämme ulkopuolelta. Samassa kyselylomakkeessa ei oltu vastattu avoimiin kysymyksiin niitä asioita, joita siinä kysyttiin ja vastaukset olivat monitulkintaisia.

Kyselylomakkeiden vastausten analysoinnissa tuli ilmi, että kyselylomakkeen ohjeet olisi ollut hyvä kirjoittaa tarkemmin. Tällaisia tarkempia ohjeita olisivat olleet: valitse vain yksi vaihtoehto monivalintakysymyksissä, ja vastaa kaikkiin kysymyksiin. Yhteen vaihtoehtoon vastaaminen monivalintakysymyksissä on tärkeää, koska SPSS-ohjelmaan ei pysty syöttämään useaa vastausta samaan kysymykseen. Kyselylomakkeen laadullisten kysymysten kysymysmuoto olisi voinut olla erilainen, jotta niiden analysointi ja tulosten pohtiminen olisi ollut selkeämpää. Kahdessa avoimessa kysymyksessä selvitettiin kahta eri asiaa, mikä vaikeutti analysointia.

Opinnäytetyö annettiin tarkistettavaksi ulkopuoliselle henkilölle. Hän tarkastelee kieliasua ja tekstin ymmärrettävyyttä. Palautteen perusteella tehtiin vielä viimeiset korjaukset opinnäytetyöhön.

## 10.2 Oma oppimisprosessi

Jutta: Opinnäytetyön teon haasteellisin vaihe oli ehdottomasti alku, sillä olin kolme kuukautta vaihto-opiskelijana. Vaikeaa oli tietää tarkalleen opinnäytetyöhön annettuja ohjeita sekä mitä piti olla milloinkin valmiina. Tällainen ylimääräinen epäselvyys lisäsi stressiä ja kuormittavuutta. Onneksi Emilia kuitenkin piti huolta käytännön asioista Suomessa ja piti minut ajan tasalla parhaansa mukaan. Vaihdon jälkeen yhteistyö alkoi sujua ja oli helpottavaa, kun opinnäytetyötä sai tehdä yhdessä ja miettiä ongelmia ja niiden ratkaisuja kasvotusten. Emilia onnistui keräämään runsaasti teoriaa kirjastosta samalla kun itse katsoin englanninkielisiä lähteitä internetistä. Huolehdin myös tiivistelmän kääntämisestä englanniksi.

Opin opinnäytetyöprosessissa paljon hoitohenkilökuntaan kohdistuvasta väkivallasta. Uskon, että pystyn hyödyntämään oppimaani tietoa tulevaisuudessa itsekin hoitotyössä. Opin myös tutkimusprosessista sekä opinnäytetyön tekemisestä käytännössä. Tutkimusten etsiminen ja lukeminen oli ajoittain haastavaa, mutta olen tyytyväinen siihen, mitä olen oppinut. Oman tutkimuksen tekeminen myös auttoi minua ymmärtämään, miten työlästä ja vaativaa hoitotyön tutkimusten tekeminen on. Sen ansiosta opin arvostamaan enemmän uutta hoitotieteellistä tietoa ja tutkimustuloksia. Opinnäytetyöprosessi oli kaiken kaikkiaan opettavainen ja mielenkiintoinen kokemus.

Emilia: Haasteita opinnäytetyön tekoon toi mielestäni Jutan ulkomaan vaihto-opiskelu, joka sijoittui juuri opinnäytetyön alkuun. Oli haasteita pitää toinen tekijä ajan tasalla ja yhdessä tekeminen oli hankalaa. Ulkomailla opiskelu on myös hyvin kuormittavaa jo itsessään, joten opinnäytetyö ei vaihdon aikana edistynyt isoin askelin. Varsinkin opinnäytetyön prosessin alkupuolella oli vaikea sopia yhteistä aikaa opinnäytetyön tekoon. Yhteinen aika on kuitenkin mielestäni tärkeää, jotta kaksi eri työtapaa omaavaa henkilöä saavat puhua ajatuksensa ääneen. Alussa ja puolella välissä prosessia stressiä tuottivat aikataulut, eri työtavat sekä ohjeiden epäselkeys.



Yhdessä opinnäytetyön tekeminen onnistui koko ajan paremmin, mitä pidemmällä opinnäytetyön prosessissa olimme. Ulkomaan vaihto-opiskelun vuoksi hoidin opin-  
näytetyön prosessin alussa käytännön asiat Suomessa. Olemme hyödyntäneet Ju-  
tan ATK-taitoja SPSS-ohjelman käytössä ja englanninkielen osaamista lähteitä suo-  
mennettaessa. Muuta erityistä jakoa ei opinnäytetyössämme ole ollut.

Olen oppinut paljon opinnäytetyön tekoa käytännössä. Teoriaopetus ei täysin tuke-  
nut opinnäytetyöprosessia. Sain paljon tietoa eri tutkimusmenetelmistä, varsinkin  
kvantitatiivisesta. Opin hakemaan lähteitä paremmin ja tarkemmin rajauksin. Kehi-  
tyin tutkimusten lukemisessa ja niiden luotettavuuden arvioinnissa. Analysoinnista  
ja sen työkaluista opin myös paljon lisää. Opinnäytetyötä tehdessä huomasin hyvin,  
mitkä tekotavat ovat toimivia. Tästä on hyötyä, mikäli teen vielä tulevaisuudessa  
opinnäytetyön. Opin tietenkin myös opinnäytetyömme aiheesta paljon lisää. Uskon,  
että voin jotain oppimaani hyödyntää vielä tulevaisuudessakin.

### **10.3 Jatkotutkimushaasteita ja kehittämisehdotuksia**

Hankkeeseen, johon opinnäytetyö liittyi, oli osallistunut vain yksi mielenterveyden  
hoitotyön yksikkö. Tämän vuoksi mielenterveysyksiköiden kannalta kerätty tieto ei  
ollut yleistettävissä, sillä sitä ei voitu verrata tutkimuksessa muihin mielenterveys-  
työn yksikköihin.

Kyselyn tulisi olla laajempi ja yksiköiden suurempia, jotta kyselylomakkeiden vas-  
tausprosentti olisi suurempi ja kyselyllä saataisiin kattavammin tietoa aiheesta. Kun  
prosenttiosuus on suurempi, voidaan tutkimukseen osallistuvilla yksiköillä antaa yh-  
teenvetoa juuri heidän yksikkönsä vastausten perusteella. Tällöin he saisivat tar-  
kempaa tietoa oman yksikkönsä tilanteesta, jota he voisivat hyödyntää yksikkönsä  
kehittämiseen. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeiden vastausprosentti oli use-  
amman yksikön kohdalla niin alhainen, että luotettavaa erikseen tehtyä yhteenvetoa  
kunkin yrityksen vastauksista ei pystytty toteuttamaan.

Eräs jatkotutkimuksen aihe on erilaisten yllättävien tai negatiivisten tilanteiden jälki-  
puinti työpaikoilla. Aihe kaipaa lisää tutkimustietoa, varsinkin tuoretta sellaista. Yli

kymmenen vuotta vanhat tutkimukset suhtautuvat lähinnä negatiivisesti tai neutraalisti jälkipuintiin. Tänä päivänä erilaisia jälkipuintikäytäntöjä pidetään kuitenkin käytännössä hyödyllisinä ja jopa tarpeellisina. Ainakin tällaiset toimintatavat ovat vahvasti käytössä monissa yksiköissä.

Opinnäytetyön aihetta tutkiessa kävi ilmi, että asiakkaiden omaisten toteuttamasta väkivallasta löytyy varsin vähän tutkimustietoa. Olisi mielenkiintoista ja merkittävääkin hoitajien työhyvinvoinnin kannalta selvittää, että kuinka paljon ja millaista väkivaltaa hoitotyöntekijät kokevat asiakkaiden omaisten taholta.

## LÄHTEET

- Aavaluoma, S. 2010. Muistisairaus ja parisuhde. Teoksessa: Työikäisten muisti ja muistisairaudet. Helsinki: Muistiliitto ja WSOY Oy.
- AMK-tutkinnon opinnäytetyöohje. 2015. [Verkkojulkaisu]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Casey, D. 2017. When Visitors Become Violent: What Is the Ethical Response? MEDSURG Nursing 26 (2), 148-150.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää, H. & Sulkava, R. 27.3.2015. Muistisairaahan ympäristöä häiritsevä seksuaalinen käyttäytyminen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Kustannusyhtiö Duodecim Oy. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana Duodecim Oppiportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuokkanen, L., Laaksonen, K., Perälä, M-L. & Si-nervo, T. 2009. Sairaanhoidajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä. Tutkiva Hoitotyö 7 (1), 11-19.
- Eriksson, C. & Saveman, B-I. 2002. Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (1), 79-85.
- Eronen, M., Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi: Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. Duodecim 123 (19), 2375-2380.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). 22.9.2017. Hoitotyön toimintaohjelma: 2014-2018 Etelä-Pohjanmaalla. [Verkkojulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: [http://www.epshp.fi/fi-les/6876/hoitotyön\\_toimintaohjelma\\_EP.pdf](http://www.epshp.fi/fi-les/6876/hoitotyön_toimintaohjelma_EP.pdf)
- EU:n rakennerahastojen hallintajärjestelmä. 2014. [Verkkosivu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: <https://www.eura2014.fi/rrtiepa/projekti.php?projektkoodi=S21039>
- Fyysinen väkivalta. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Helsinki: Väestöliitto. [Viitattu 29.3.2018]. Saatavana: [http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa\\_parisuh-teesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuh-teesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/)
- Hakojärvi, H-R., Salminen, L. & Suhonen, R. 2011. Hoitohenkilökunnan opiskelijoihin kohdistama henkinen väkivalta ohjatussa harjoittelussa - kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 23 (3), 162-174.

- Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio: ehkäisy ja hoito. *Duodecim* 131 (15), 1361-1366.
- Huttunen, M. 10.9.2017. Persoonallisuushäiriöt. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalaisen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00407&p\\_hakusana=persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6t](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407&p_hakusana=persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6t)
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145-154.
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun. & Hao, Y. 2015. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A crosssectional survey. *BMJ Open*, 5 (3).
- Kananen, J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Terveystenhoito henkilöstön työhyvinvointi kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 20 (5), 278-288.
- Karpela, T. 2007. Kun auttajaa uhataan. *Systole* (1), 21-24.
- Kielitoimiston sanakirja. 2017. [Verkkosanakirja]. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus ja Kielitiede oy. [Viitattu 22.9.2017]. Saatavana MOT-sanakirjojen tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kontio, R., Lantta, T., Anttila, M., Kauppi, K. & Välimäki, M. 2017. Family Involvement in Managing Violence of Mental Health Patients. *Perspectives in Psychiatric Care* 53, 55-66.
- Kujanpää, K. 17.2.2017. Henkilöstövoimavarojen johtaminen ja monikulttuurisen työyhteisön työhyvinvointi. Helsingin yliopisto, politiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Akateeminen väitöskirja. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-2586-6>
- Kvas, A. & Seljak, J. 2015. Sources of workplace violence against nurses. *Work* 52 (1), 177-184.
- L 19.12.1889/39. Rikoslaki.

L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki.

Lallukka, T., Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2013. Työpaikkakiusaaminen uhkaa työntekijöiden mielenterveyttä. Duodecim 129 (16), 1634-1635.

Lantta, T. 2016. Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6629-5>

Liikenteen tutkimuskeskus Verne. [Verkkosivu]. Tampere: Teknillinen yliopisto. [Viitattu 15.4.2018]. Saatavana: <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Manka, M-L. 2014. Työhyvinvoinnista uutta virtaa. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 22.9.2017]. Saatavana Terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Mattila, A. 18.8.2010. Stressi. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu: 9.4.2018]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00976](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976)

MeSH-sanakirja. 2017. [Verkkosanakirja]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D009740>

Mielenterveystalo. Ei päivämäärää. F20-29 Psykoottiset häiriöt. Helsinki: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/default.aspx>

Muistisairaudet. 27.1.2017. Käypä hoito -suositus. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>

Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. 21.9.2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). [Verkkojulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044>

Mäkelä, A., Kanste, O. & Nikkilä, J. 2007. Psykkiset kuormitustekijät ja jaksamista edistävät tekijät osastonhoitajan työssä. Tutkiva hoitotyö 5 (4), 15-20.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi. Vastaaminen kyselylomakkeeseen on vapaaehtoista, joten kyseisten pk-yritysten henkilöstö voi jättää vastaamatta kyselylomakkeeseen.

- Nguluwe, B.C.J., Havenga, Y. & Sengane, M.L.M. 2014. Violence Experienced by Nurses Working in Acute Care Psychiatric Wards at a Gauteng Hospital. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 16 (1) 2014, 60–74.
- Nurmeksela, A., Koivunen, M., Asikainen, P. & Hupli, M. 2011. Kehityskeskustelut hoitotyön johtamisen tukena. *Tutkiva hoitotyö* 9 (4), 23-30.
- Perheväkivalta. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Helsinki: Väestöliitto. [Viitattu 29.3.2018]. Saatavana: [http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa\\_parisuh-teesta/avio-ja\\_avoliiton\\_lakitieto/perhevakivalta/](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuh-teesta/avio-ja_avoliiton_lakitieto/perhevakivalta/)
- Pitkänen, A., Laijärvi, H. & Välimäki, M. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 17 (4), 239-248.
- Psykiatriset sairaudet ja seksuaalisuus. Ei päivystä. [Verkkosivu]. Helsinki: Väestöliitto. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/psykiatriset-sairaudet-ja-seksua/>
- Rantanen, M. 2011. Auttajaa ei saa lyödä. *Systole* (2), 8-9.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1), 46-56.
- Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514284755>
- Seksuaalinen väkivalta. 16.8.2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 29.3.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi/sukupuolistunut-vakivalta/sukupuolistuneen-vakivallan-muotoja/seksuaalinen-vakivalta>
- Seksuaalinen väkivalta. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Helsinki: Väestöliitto. [Viitattu 29.3.2018]. Saatavana: [http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa\\_parisuh-teesta/parisuhdevakivalta/seksuaalinen-vakivalta/](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuh-teesta/parisuhdevakivalta/seksuaalinen-vakivalta/)
- Sinokki, M. 2010. Työyhteisö - uhka ja tuki mielenterveydelle. *Duodecim* 126 (15), 1803-1809.
- Skitsofrenia. 22.1.2015. Käypä hoito -suositus. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. [Viitattu 6.4.2018]. Saatavana: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050>
- Srivastava, P., Eqbal, S., Kiran, M., Kumar, P., Kumar, P., Mishra, S. & Singh, A. 2014. Personality traits and problem solving ability among mentally ill offenders. *Dysphrenia* 5, 98-105.

- Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M-L., Katajisto, J. & Puro, M. 2012. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede* 24 (1), 27-37.
- Taipale, J. & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä, katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 14 (4), 167-179.
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 22.9.2017]. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansanterveyden neuvottelukunta. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236226>
- Tiihonen, K., Vehviläinen-Julkunen, K., Nikkonen, M. & Vuorio, O. 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. *Tutkiva hoitotyö* 7 (1), 4-9.
- Tilastokeskus. 30.9.2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Saatavana: [http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html)
- Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 20 (4), 182-191.
- Työhyvinvointi. 2017. [Verkkosivusto]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työ- ja tasa-arvo-osasto. [Viitattu 22.9.2017]. Saatavana: <http://stm.fi/tyohyvinvointi>
- Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Virokannas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö* 9 (1), 29-36.
- Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- World Health Organization (WHO). 2014. Global Status Report on Violence Prevention. [Verkkojulkaisu]. Geneva: World Health Organization. [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)
- Väkivallan muodot ja rikoslaki. 18.2.2016. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Viitattu 29.3.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/las-tensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalisen-hyvaksikaytto/vakivallan-muodot-ja-rikoslaki>
- Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA). 2017. [Verkkosivusto]. Helsinki: Kansalliskirjasto. [Viitattu: 24.10.2017]. Saatavana: <http://finto.fi/ysa/fi/>

## **LIITTEET**

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake



## Hyvä tutkimukseen osallistuja,

olemme Jutta Kivimäki ja Emilia Piirto. Opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville pk-yrityksille simulaation keinoin -hankkeen kanssa ja opinnäytetyömme on hankkeelle tilannut opinnäytetyömme ohjaaja Mari Salminen-Tuomaala. Lähestymme Teitä siksi, että työpaikkanne on ilmoittautunut mukaan kyseiseen hankkeeseen.

Tutkimuksemme tavoitteena on saada tietoa siitä, millaista väkivaltaa ilmenee terveysalan yksiköissä asiakkaiden taholta ja miten se vaikuttaa hoitohenkilökunnan työntekoon. Selvitämme tutkimuksessa:

- kokemuksia fyysisestä, henkisestä ja seksuaalisesta väkivallasta
- väkivaltakokemusten vaikutuksia työntekoon ja työssä viihtymiseen
- väkivaltakokemusten vaikutuksia omaan ammatti-identiteettiinne

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja vanhustyön pk-yritysten henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista. Tuloksia voidaan tällöin hyödyntää hankkeessa ja yritysten henkilökunnan taitojen kehittämisessä.

Tutkimukseen liittyvistä kuluista vastaa Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Vastauksenne käsittelevät luottamuksellisesti opinnäytetyön tekijöiden lisäksi ohjaavat opettajat. Teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi tutkimuksen tuloksista. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Tulosten läpikäynnin jälkeen vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia. Vastauksenne auttaa hankkeen ja hankkeeseen liittyneiden pk-yritysten toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksemme valmistuu toukokuussa 2018.

Vastatkaa seuraavalta sivulta alkaviin kysymyksiin rengastamalla sopiva vaihtoehto, kirjoittakaa vastaus sille tarkoitettulle viivalle tai rastittakaa sopiva vaihtoehto taulukosta. Täyttämänne lomakkeen voitte jättää esimiehenne määrittelemään paikkaan. Vastausaikaa on **28.2.2018** asti, jolloin tulemme hakemaan vastauslomakkeet tai vastavuoroisesti ne lähetetään palautuskirjekuoressa esimiehenne toimesta.

Jos Teille herää kysymyksiä tutkimukseen liittyen, voitte ottaa meihin rohkeasti yhteyttä sähköpostitse.

Ystävällisin ja keväisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat Jutta Kivimäki ja Emilia Piirto  
[jutta.kivimaki@seamk.fi](mailto:jutta.kivimaki@seamk.fi) & [emilia.piiro@seamk.fi](mailto:emilia.piiro@seamk.fi)

## Hoitohenkilökunnan kokema väkivalta mielenterveys- ja vanhustyön yksiköissä - opinnäytetyö

### Kyselylomake

Olkaa hyvä ja ympyröikää vastaustanne vastaava numero, sekä kirjoittakaa tarvittaessa avoin vastaus sille osoitetulle viivalle.

#### 1. Sukupuoli

1. Nainen 2. Mies

#### 2. Ikä \_\_\_\_\_

#### 3. Ammatti

1. Sairaanhoidaja 2. Lähihoitaja 3. Geronomi 4. Sosionomi

5. Terveystenhoitaja 6. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

#### 4. Työyksikön asiakasryhmä

1. Vanhukset 2. Mielenterveysasiakkaat

#### 5. Työkokemus kyseisessä työyksikössä

1. Alle 2 vuotta 2. 2-5 vuotta 3. 6-10 vuotta 4. 11-20 vuotta 5. Yli 20 vuotta

6. Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla vastaus, joka kuvastaa parhaiten tuntemuksianne.

	Päivittäin	Viikottain	Kuukausittain	2-3 kertaa vuodessa	Harvemmin
Koen fyysisen väkivallan uhkaa					
Koen henkisen väkivallan uhkaa					
Koen seksuaalisen väkivallan uhkaa					

**7.** Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

a) Olen saanut fyysisiä vammoja väkivallan seurauksena	1	2	3	4	5
b) Olen kokenut henkistä kärsimystä henkisestä väkivallasta johtuen	1	2	3	4	5
c) Väkivalta vaikuttaa työskentelyni tehokkuuteen	1	2	3	4	5
d) Koen olevani huono hoitaja minulle sattuneen väkivallan takia	1	2	3	4	5
e) Olen harkinnut alan vaihtoa työssä tapahtuvan väkivallan uhan takia	1	2	3	4	5
f) Minusta tuntuu, etten pysty vaikuttamaan asiakkaiden toteuttaman väkivallan määrään	1	2	3	4	5
g) Uskallan ottaa väkivaltatilanteet puheeksi työyhteisössä tai kertoa niistä esimiehelle	1	2	3	4	5
h) Mielestäni työnantaja on järjestänyt työolosuhteet niin, että väkivallan uhkaa pystytään ehkäisemään ennakolta	1	2	3	4	5
i) Olen saanut tarpeeksi koulutusta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen	1	2	3	4	5

**8.** Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä numero, joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

1 = Ei koskaan

2 = Harvoin

3 = Silloin tällöin

4 = Melko usein

5 = Usein

a) Minua on uhattu fyysisellä väkivallalla	1	2	3	4	5
b) Minua kohtaan on käytetty fyysistä väkivaltaa	1	2	3	4	5
c) Olen joutunut henkisen väkivallan uhriksi	1	2	3	4	5
d) Henkisen väkivallan aiheuttaja on ollut henkilökunta	1	2	3	4	5
e) Minulle on puhuttu seksuaaliseen sävyyn tai minulle on ehdoteltu seksuaalisia asioita	1	2	3	4	5
f) Minua on koskettu seksuaalisesti	1	2	3	4	5
g) Olen kokenut seksuaalista väkivaltaa henkilökunnalta	1	2	3	4	5
h) Minun on vaikea lähteä töihin siellä sattuvan väkivallan takia	1	2	3	4	5
i) Murehdin töissä sattunutta väkivaltaa kotonakin	1	2	3	4	5
j) Olen joutunut käyttämään rajoittavia toimenpiteitä väkivallan hillitsemiseksi	1	2	3	4	5

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin avoimiin kysymyksiin niille osoitetuille riveille.

**9. Minkä tyyppistä ja miltä taholta olet kokenut väkivaltaa mielestäsi eniten?**

---



---



---



---

**10. Minkä väkivallan tyyppin (fyysinen, henkinen, seksuaalinen) olet kokenut itsellesi haitallisimmaksi?**

---



---



---



---

**11. Miten väkivalta on vaikuttanut henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiisi? Minkä tyyppisestä väkivallasta on ollut kyse?**

---



---



---



---